Panorama sobre o ensino e a prática da odontologia no Estado de São Paulo

Antonio Cesar Perri de Cravalho

NUPES
UNESP

Núcleo de Pesquisas sobre Ensino Superior da
Universidade de São Paulo

ÍNDICE

Panorama sobre o Ensino e a Prática da Odontologia
Estado de São Paulo

Antônio César Perri de Carvalho
Prof. Titular da Fac. Odontologia de Araçatuba, UNESP,
Ex-Pró-Reitor de Graduação da UNESP,
Pesquisador Associado do NUPES-USP.

1 – INTRODUÇÃO

A interiorização do ensino superior no Estado de São Paulo acelerou-se a partir dos anos 50 (Perri de Carvalho, 1992, Durham, 1993), com a criação dos Institutos Isolados de Ensino Superior. A criação da UNICAMP em 1966, da UNESP em 1976 e também a expansão multi-Campi da USP, sedimentaram uma variada rede de ensino superior oficial.

O Estado de São Paulo mantém um bom sistema de universidades oficiais, as quais se colocam entre as melhores do país, tanto em termos de ensino quanto de produção científica e conta com uma participação federal muito pequena (Durham, 1993). A interiorização do ensino oficial foi acompanhada do crescimento do setor privado. Atualmente, segundo Goldemberg (1993), "O Estado de São Paulo é o campeão do ensino particular, que abrange mais de 80% das matrículas".

Neste ínterim, o ensino odontológico paulista sofreu profundas alterações com as encampações pelo Governo Estadual das Faculdades privadas e pioneiras de Ribeirão Preto e de Araraquara, a criação de novas Faculdades como Institutos Isolados de Ensino Superior, depois incorporadas a Universidades Estaduais Paulistas, seguindo-se a expansão de cursos de Odontologia, oferecidos por Instituições privadas. Em nosso país, em números absolutos e relativos, há mais cursos de Odontologia do que nos Estados Unidos (Madeira & Perri de Carvalho, 1980).

O curso de Odontologia apresenta características peculiares, à vista de suas necessidades

científicas, técnicas e didáticas (Madeira & Perri de Carvalho, 1980; Perri de Carvalho, 1985). Por outro lado, alguns estudos iniciais sobre evasão no ensino superior, revelam que os desligamentos em cursos de Odontologia são quase desprezíveis na USP (Santos, 1992), na Universidade Federal e na Universidade Católica do Paraná (Paredes, 1993).

Trata-se, portanto, de um curso que desperta interesse para estudos, desde suas interrelações com a comunidade e sua localização nas áreas de saúde, até as condições acadêmicas e depois profissionais de seus alunos.

2. ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE A PRÁTICA E O ENSINO DA ODONTOLOGIA

2.1. Antecedentes da prática odontológica no país:

Nos séculos XV e XVI, o Rei de Portugal regulamentava o exercício da "physica" (uso de medicamentos), da cirurgia e, logo depois, o de barbeiro. No "Regimento do ofício de Cirurgião-mór" de 12/12/1631 estabelece-se multa às pessoas que "tirassem dentes". Especificamente com relação à Colônia, o "Regimento do cirurgião substituto das Minas", de 9/5/1743, regulamentava as taxas para as pessoas que tirassem dentes. Salles Cunha (1931) admite que "foi com certeza de acordo com essa lei que se licenciou Tiradentes, o proto-mártir da nossa independência". O vocábulo "dentista" aparece escrito, pela primeira vez, no documento "Plano de exames da Junta do Proto-Medicato", de 17/6/1782, que incluía sangradores e dentistas. Schwartzman (1979) comenta que o Proto-Medicato era uma Junta perpétua, que cabia fiscalizar o exercício de qualquer atividade ligada à "arte de curar" e que os "práticos eram geralmente pardos, analfabetos, e à profissão não estava ligado qualquer prestígio social".

Com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, foram criadas, em 1808, a Escola de Cirurgião no Hospital São José, na Bahia, e a Escola Anatômica Cirúrgica e Médica no Hospital Militar e de Marinha, no Rio de Janeiro. Nas novas instituições não havia o espírito universitário europeu, mas caráter eminentemente pragmático. No ano de 1811 foi expedida a primeira carta de dentista. Salles Cunha (1931) comenta "quão rudimentar deveriam ser os conhecimentos dos dentistas, sem escolas, sem cursos,... – Nada lhe era exigido, nem o saber ler, para conseguir a carta da profissão de tirar dentes".

Eugênio Frederico Guertin, diplomado pela Faculdade de Medicina de Paris, foi o primeiro dentista da Casa Imperial, em 1982. Para Salles Cunha (1931) seria “pela primeira vez um verdadeiro artista, que poderia sem vexame usar o tão depreciado título de dentista”.

Por volta de 1830, os sangradores e barbeiros ainda acumulavam a “arte de tirar os dentes”. Na obra “Viagem Pitoresca e Histórica ao Brasil”, o artista francês Jean Baptiste Debret retrata cenas de negros barbeiros realizando atendimento, sendo que a placa da “loja de barbeiros” incluía a função de dentista, embora o autor comente que “muito menos ocupado como dentista, o barbeiro, nessa qualidade, só tem como clientes indivíduos de sua cor...” Todavia, enfatiza que cabeleireiros parisienses como Catilino e Desmarets destacaram-se entre os nobres e ricos da então capital brasileira. Desmarets, tornou-se o primeiro dentista do Imperador brasileiro e da melhor sociedade do Rio de Janeiro – “com seus cuidados, não houve em breve mais um único sorriso que não expusesse aos olhares o esmalte brilhante e uma dentadura perfeitamente em ordem” (Debret, 1989).

Em meados do século XIX os dentistas eram, muitas vezes. Franceses. O primeiro dentista formado nos Estados Unidos, Clinton Van Tuyl, estabeleceu-se na cidade do Rio de Janeiro nos anos 40. Em 1849 publicou o “Guia dos Dentes Sãos”. O primeiro livro publicado no Brasil sobre Odontologia abordava algumas moléstias e tratamentos, desde a infância até a velhice e era muito atual, pois já citada o clorofórmio como anestésico.

2.2. Implantação do ensino odontológico no país

Com o Decreto de 16/8/1851, o Estatuto das Faculdades de Medicina previa um exame para dentistas. Salles Cunha (1931) considera-o muito rudimentar, feito com bancas constituídas por médicos, sem conhecimentos sólidos da matéria, e por examinandos, cuja aprendizagem se fizera em ambientes extra-faculdades, com dentistas, nada se exigindo como preparo básico, bastando ao candidato apresentar “documentos que provassem a sua moralidade”.

Em 1854, em outra reformulação estatuária da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, incluiu-se a realização de “exames dos dentistas e dos sangradores que se quiserem habilitar a fim de exercerem a sua profissão”, o que foi regulamentado pelo decreto no. 1764, de 14/5/1856.

Em 1869, surge a primeira revista odontológica no país, a “Arte Dentária”, fundada por João Borges Diniz, dentista pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Este sentiu-se estimulado pela intento, após viagem de estudos a Londres e Paris (Salles Cunha, 1931).

Uma grande reforma do ensino, explicitada pelo decreto nº 7247, de 19/4/1879, definia que “a cada uma das faculdades de Medicina ficam anexos uma Escola de Farmácia, um curso anexo de obstetrícia e outro de cirurgia dentária”. Assim, surgia um curso voltado para aqueles que se dedicassem à “arte dentária”. Aos 4/7/1879, a Decisão do Império nº 10 estabelecia que aos aprovados no curso de cirurgia dentária, seria atribuído o título de Cirurgião Dentista.

Ao mesmo tempo, havia o privilégio do título de “Cirurgião Dentista da Casa Imperial”. Embora uma mercê, geralmente outorgada aos nascidos em famílias de alta projeção social, era uma concessão do Imperador muito restrita, geralmente a formados no exterior, levando-se em consideração o valor profissional e do seu saber, e ainda a observância de princípios de ética e moral, na vida pública e particular. Num levantamento nos “Livros da Mordomia Mor da Casa Imperial”, entre 1840 e 1889, verificou-se que apenas 32 profissionais foram agraciados com tal privilégio por D. Pedro II. Entre eles, consta que apenas 5 eram do Estado de São Paulo: 3 da Capital, 1 de Guaratinguetá e 1 de Santos (Bretz, 1959).

Até então, “a Odontologia era inferiorizada em relação às demais atividades de saúde e encarada apenas como atividade eminentemente artesanal”, conforme destaca Menezes (1985). O ensino da Odontologia começou a se formalizar em nosso país com a lei orçamentária nº 3141, de 30 de outubro de 1882, que criou os Laboratórios de Cirurgia e Prótese Dentárias nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia.

No entanto, o ensino de Odontologia foi oficialmente instituído no país, aos 25 de outubro de 1884, pelo decreto nº 9311 do Governo Imperial, graças à chamada Reforma Sabóia, desenvolvida pelo Visconde Sabóia, diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. De início, tal ensino foi vinculado às Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. O curso era programado em 3 séries, sendo que a parte prática era ministrada na 2ª série, com “Patologia dentária e higiene da boca” e na 3ª série com “Terapeuta dentária” e “Cirurgia e prótese dentária”. Ao final do curso, o aluno recebia o título de dentista, sem colar grau ou outras formalidades. O uso do anel simbólico só veio a ser regulamentado pelo Presidente Prudente de

Moraes, em 29/7/1895 (Salles Cunha, 19310).

Deve-se ressaltar que o desenvolvimento inicial do ensino odontológico no Brasil, embora localizado nas Faculdades de Medicina, como em vários países europeus, na realidade era diferente de alguns destes países, pois era um curso com currículo próprio, sem que houvesse disciplinas em comum com o curso médico.

Na segunda metade do século XIX, diz Coelho e Souza: “Nós brasileiros, começamos então a reconhecer a superioridade da técnica americana... – Dessa compreensão resultou o início das viagens de instrução aos Estados Unidos” (Salles Cunha, 1931).

Com origem totalmente distinta da tradição européia, o ensino odontológico nos Estados Unidos havia surgido em 1839, com o *Baltimore Dental College*. Na realidade, este veio a ser o primeiro curso de Odontologia do mundo. Isto porque, na Europa, os conhecimentos sobre Odontologia eram ministrados em Faculdades de Medicina, em seguida à formação médica.

O ano 1899 assinala a publicação do livro “Manual Odontológico”, de autoria do Prof. Augusto Coelho e Souza. Contava 207 páginas e 75 ilustrações e tinha por objetivo “instruir os colegas no que era útil da profissão”. Este livro foi um marco para a Odontologia brasileira e foi muito empregado pelas décadas seguintes.

3 - INÍCIO DO ENSINO ODONTOLÓGICO NO ESTADO DE SÃO PAULO

Em São Paulo com a cultura do café e o início do desenvolvimento industrial, floresciam novas elites. O final do século XIX, segundo Schwartzman (1979) marca o início da descentralização republicana e a consolidação de São Paulo. Entre os últimos anos do século XIX e os primeiros do século XX, foram criadas importantes instituições no Estado de São Paulo, como os Institutos: Agronômicos de Campinas (1887), Vacinogênico de São Paulo (1882), Bacteriológico de São Paulo (1883), o Soroterápico – depois Butantã (1899), Escola Politécnica de São Paulo (1893), Museu Paulista (1893), Escola de Engenharia do Mackenzie College (1896), Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz (1901), Escola de Comércio de São Paulo (1902), Escola de Comércio do Mackenzie College (1902). Para este autor, esta ampliação de instituições representava um crescimento de alta relevância e era nítida a inclinação para a

esfera produtiva, pois “a existência de uma comunidade científica ainda tão débil contrastava fortemente com todo um movimento da sociedade brasileira na busca de educação e formação técnica”.

Assim, levando-se em consideração esses aspectos, o fato de que a Odontologia paulista passou a exercer marcante influência em todo o país e o peso acadêmico do sistema universitário estadual de São Paulo, pela peculiaridade que este conjunto representa, passaremos e centralizar nossa análise no ensino e na prática da Odontologia no Estado de São Paulo.

A par do desenvolvimento inicial da prática e do ensino da Odontologia em nosso país, ocorriam várias reformas na área educacional em geral. A Reforma Leôncio de Carvalho, ainda no Império, acarretou uma desorganização completa do regime de educação centralizada. Com a República, as instituições criadas eram esforços individuais e viviam do impulso a pesquisas e trabalhos individuais. Schwartzman (1979) comenta que o principal efeito das reformas educacionais do início da fase republicana foi a criação de estabelecimentos de ensino superior em todo o país principalmente em São Paulo. No caso da Reforma de ensino Rivadávia Correia, de 1911, abria-se a perspectiva para que as escolas se transformassem gradativamente em entidades privadas, subvencionadas pelo Estado.

Inicialmente vinculado à Faculdade de Medicina, no Rio de Janeiro e em Salvador, nos outros Estados o ensino de Odontologia passou a se incluir e implantou-se com as Faculdades de Farmácia. Aliás, no Rio de Janeiro, somente em 1925 o curso de Odontologia destacou-se da Faculdade de Medicina, constituindo-se numa Faculdade à parte (Oliveira, 1982).

No Estado de São Paulo, o ensino de Odontologia já surgiu de forma distinta da Faculdade de Medicina, porém ligada à farmácia, e criada como fruto da iniciativa privada. Em São Paulo, aos 11 de fevereiro de 1899 foi inaugurada, como entidade particular, a Escola Livre de Farmácia e Odontologia, na rua Brigadeiro Tobias, que mais tarde acolheria a Faculdade de Medicina. Poucos anos após a sua fundação, passou a ministrar, também, cursos de Obstetrícia, alterando-se a sua designação para Escola de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia. Esta, em 1905, mudou-se para o tradicional prédio da rua Três Rios e, em 1932, passou para a rede estadual de ensino. O curso de Obstetrícia passou a ser privativo da Faculdade de Medicina.

Um fato significativo aconteceu no 6º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, realizado em São Paulo, em setembro de 1907, pois já se introduziu uma seção destinada à Odontologia e a Farmácia (Lima, 1958).

A chamada Lei Rivadávia teve enorme influência na expansão do ensino de Odontologia. Lima (1958) se refere ao "advento escandaloso da famigerada Lei Rivadávia", que permitiu que os profissionais liberais passassem a "industrializar-se". Para este autor, se no Rio de Janeiro os industrializadores do ensino tiveram a audácia de anunciar espetacularmente a venda de diplomas acadêmicos pelo preço único de sessenta mil réis, sobretudo em São Paulo e em Minas, verificou-se "a inacreditável proliferação de escolas de Odontologia". Nesse período, os bondes da cidade de São Paulo já traziam anúncios de serviços especializados em dentaduras e um dentista de origem espanhola, candidato à Assembléia Legislativa, dizia-se "especialista na cura da piorréia".

Aos 2 de fevereiro de 1923, fundou-se a Associação Escola de Pharmácia e Odontologia, em Araraquara, sob a liderança de Bento de Abreu Sampaio Vidal. No ano seguinte, também integrada à Farmácia e de caráter privado, iniciou-se a Faculdade de Farmácia e Odontologia em Ribeirão Preto.

A criação de Faculdades no interior gerou polêmicas. O prof. Benedito Montenegro, comenta em livro auto-biográfico citado por Oliveira (1981), que "São Paulo pode orgulhar-se de possuir uma escola de alto padrão" e lamenta que o "Governo do Estado numa atitude precipitada, permitiu a fundação de "Escolas de Farmácia e Odontologia", sem lastro que assegurasse um adequado funcionamento, em numerosas cidades de interior do Estado". O prof. Montenegro comenta que a "Lei Rivadávia", do então Ministro da Educação, permitiu a implantação das novas Faculdades, o que "repercutiu desfavoravelmente na Escola da Capital, cujas salas de aula se esvaziaram, pois os estudantes, com má compreensão dos elevados desígnios da profissão que iam abraçar preferiam as facilidades oferecidas pelas escolas de baixo padrão, às excelências da escola mais rigorosa. Não se conformando com a nivelação por baixo e entrando em sérias dificuldades financeiras, viram-se os seus professores forçados a entregar, a escola da capital, a mercadores do ensino cuja prática dominava a época" (Oliveira, 1981).

Nessa época, ocorriam as demarches para fundação da USP e em 1930 criava-se o Ministério da Educação e Saúde, implantando-se depois o Conselho Nacional de Educação, com

atribuições controladoras e normativas. Schwartzman (1979) analisa este cenário, considerando que a USP representou um marco histórico para a ciência no país. Esta nasceu da efervescência cultural e ideológica na década de 20 e a Revolução Constitucionalista de 1932 foi um dos catalizadores para a fundação de uma universidade em São Paulo. O ambiente da época era marcado pelas polêmicas nas propostas para nova universidade, opondo uma tradição voltada para formação de profissionais liberais de outra, mais inovadora, centrada nas ciências básicas, nas humanidades e no desenvolvimento da pesquisa.

À época da criação da USP, havia também a discussão sobre quais Faculdades a integrariam. A Faculdade de Medicina era bem vida em decorrência da atuação de seu fundador e diretor Arnaldo Vieira de Carvalho, sempre favorável à pesquisa como indispensável a uma escola superior. Deve-se destacar que esta faculdade já havia incorporado o modelo americano, em função do apoio da Fundação Rockefeller. Esta, permitia o acesso de brasileiros a universidades americanas e alimentava várias campanhas sanitárias em nosso país. Por outro lado, havia o temor de que velhas Faculdades contagiassem as novas com vícios, como oposição à pesquisa, pedagogia obsoleta e vaidade primária, alimentando o auto-didatismo. Assim, Schwartzman (1979) recoloca a discussão se seriam admitidas na nova universidade a Escola Politécnica, a Faculdade de Direito, a Luiz de Queiroz e a Escola de Farmácia e odontologia. Estas últimas eram consideradas desatualizadas e distituídas de compreensão universitária.

As dificuldades da Escola de Farmácia e Odontologia de São Paulo, são confirmadas por Oliveira (1981) que, baseando-se no Prof. Benedito Montenegro, destaca que houve um grande esforço dos professores da Escola da Capital para restabelecer o prestígio da mesma, o que teria se acentuado durante sua gestão como interventor na Fundação e diretor da Escola, nos idos de 1932 e 1933. Em função desta atuação, o Prof. Benedito Montenegro foi convidado pelo governador Armando de Salles Oliveira para remodelar a antiga Escola, agregando-se à Universidade de São Paulo, em formação. Assim, extinguiu-se a antiga Escola e foi fundada a Faculdade de Farmácia e Odontologia da Universidade de São Paulo. Apenas com o Decreto do Governo Estadual nº 40.346, de 7 de julho de 1962, é que a Faculdade foi desmembrada em duas, de Odontologia e de Ciências Farmacêuticas.

No final dos anos 50, Lima (1958) opinava que a faculdade de Farmácia e Odontologia da USP seria a melhor do país – “respeitável centro de altos estudos, onde vigorava, sem qualquer

restrição, o verdadeiro sentido das organizações universitárias".

A Faculdade de Odontologia, mantida pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, e a Faculdade de Odontologia de Lins, mantida pelo Instituto Americano, se incluem entre os cursos pioneiramente instalados em território paulista, ainda na década de 50. Outros cursos de Odontologia do interior do Estado tiveram vida efêmera e alguns nem chegaram a formar turmas.

3.1. A expansão dos cursos de Odontologia no Estado de São Paulo

Além da FOUSP e as Faculdades de Araraquara e de Ribeirão Preto, entre os anos 30 e 40 chegaram a funcionar, mas com vida efêmera, Faculdades de Odontologia em Jaboticabal, Piracicaba e Bebedouro. O apoio do Governo Estadual ao sistema de ensino superior e o desenvolvimento econômico do Estado, inclusive no interior, são fatores que contribuíram para a expansão dos cursos superiores.

3.1.1. A fase das estadualizações

Nos anos 50, com a criação dos Institutos Isolados de Ensino Superior, mantidos pelo Governo do Estado de São Paulo, foram criadas e, em seguida, instaladas as Faculdades de Odontologia de Araçatuba (1957), de Piracicaba (1958) e de São José dos Campos (1960). As Faculdades de Araraquara e de Ribeirão Preto, foram encampadas pelo Governo Estadual e incorporadas à rede dos Institutos Isolados de Ensino Superior, respectivamente em 1955 e em 1958. A Faculdade de Odontologia de Bauru, embora criada em 1948, foi instalada em 1962, já incorporada à USP.

As Faculdades de Odontologia do interior do Estado ganharam impulso nas décadas de 50 e 60, com a colaboração de professores e ex-professores da USP, que inclusive, via de regra foram designados com seus primeiros Diretores. Estes, simultaneamente com as perspectivas de novas propostas, com ênfase à pesquisa e/ou com reformulações curriculares, mesclavam tradições conservadoras. Com o tempo, sem dúvida, as Faculdades oficiais do interior, passaram a disputar espaços e prestígio com a própria FOUSP.

A expansão dos cursos de Odontologia já preocupava a então nascente Associação Brasileira de Ensino Odontológico. Como recomendações de sua IV Reunião, efetivada em São Paulo em julho de 1962, constavam: "Só se deve cogitar da criação de novas faculdades de Odontologia, quando o estudo das condições geo-econômicas da região onde se pretende fixar a escola, das disponibilidades humanas para a organização do corpo docente e, dos recursos materiais necessários à dotação do novo instituto, de condições físicas compatíveis com a natureza do curso, estejam a indicar a utilidade e a viabilidade do mesmo" (Atividades da IV Reunião, 1962).

Nas décadas seguintes, as Faculdades de Odontologia isoladas oficiais foram incorporadas às Universidades Estaduais Paulistas, como a de Piracicaba (UNICAMP, em 1967), de Ribeirão Preto (USP, em 1974) e, as de Araçatuba, de Araraquara e São José dos Campos (UNESP, em 1976).

Assim, historicamente, a implantação dos cursos de Odontologia no Estado de São Paulo, que ocorreu predominantemente com base na iniciativa privada e no interior, passou por uma significativa etapa de estadualização.

Ao analisarem o processo de regionalização do ensino superior em São Paulo, Bianchi & Pastore já detectavam até 1972 que a maior mobilidade geográfica de estudantes entre a conclusão do 2º grau e o ingresso na Faculdade ocorria em função de cursos como de Medicina e de Odontologia, em instituições estaduais. Assim, destacam esta peculiaridade na região de Ribeirão Preto e de Araçatuba: "...Faculdade de Odontologia de Araçatuba contar com um contigente bem expressivo de estudantes móveis, como ocorre com quase todas as faculdades do ramo no Estado de São Paulo".

3.1.2. Expansão dos cursos privados e municipais:

A expansão dos cursos de Odontologia privados, foi antecedida por um amplo processo de interiorização de faculdades, notadamente nas áreas de humanidade e, especificamente, das licenciaturas. Bianchi & Pastore (1972) admitem que esta interiorização se deve, antes de mais nada, à política educacional vinculada à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional,

promulgada em fins de 1961. Assim, além da liberalização do processo de instalação de faculdades, a nova legislação prevê um amparo legal e financeiro à iniciativa privada no campo do ensino. Daí a maior expansão de faculdades ter se verificado na rede particular. Na prática, o critério do mercado de trabalho foi ignorado. Outros aspectos levantados pelos autores citados são representados pelo prestígio que a mera criação de uma faculdade representa para uma cidade do interior e, no tocante, ao estudante, é muito comum a valorização da faculdade pelo diploma que outorga e não necessariamente pela qualificação que deveria conferir, havendo também a questão do processo de ascensão social, de significativa importância para as famílias.

Na década de 70, ao mesmo tempo em que destacadas Faculdades de Odontologia passavam integrar as Universidades Estaduais Paulistas, iniciava-se a fase de expansão do ensino superior privado, inclusive dos cursos de Odontologia.

Rizzatti-Barbosa & Colabs (1990) consideram que a criação desenfreada de Faculdades de Odontologia nos anos 70 atende muito mais os interesses de determinadas "indústrias de educação" do que as reais necessidades dos locais onde foram instaladas.

A partir dos anos 70 foram instalados os cursos de Odontologia, privados em: Presidente Prudente (UNOESTE), Mogi das Cruzes (UMC), Santos (Uniceb), de São Paulo (OSEC, UNIP, UNICASTELO e UNICID), Marília (UNIMAR), Ribeirão Preto (UNAERP), São Bernardo do Campo (IMS), Bragança Paulista (USF), Bauru (USC), e Guarulhos (UnG). Sob a jurisdição municipal surgiram a Faculdade de Odontologia de Barretos e os cursos de Odontologia da Faculdade de Ciências Biológicas de Araras e da Universidade de Taubaté.

Todavia, as faculdades e universidades municipais, de acordo com Durham (1993), "constituem um grupo intermediário entre as instituições federais e estaduais de um lado e as particulares de outro. Poderiam ser caracterizadas como semi-públicas ou públicas não gratuitas, pois são mantidas, em grande parte ou na totalidade, pela cobrança de mensalidades escolares".

O Conselho Regional de Odontologia de São Paulo se empenha em várias ações para impedir a proliferação indiscriminada de cursos de Odontologia. Em documento encaminhado ao senhor Ministro da Educação, em 26 de janeiro de 1994, o CROSP se posiciona: "O ensino universitário reclama a melhor qualificação, o que, infelizmente, não vem ocorrendo pela

massificação, com manifesto e notório prejuízo dos padrões exigidos pela sociedade em geral... – Daí decorre a oposição sempre formulada à proliferação indiscriminada de faculdades, evitando-se o risco hoje registrado do aviltamento do ensino, consequentemente do profissão de escassa habilitação...”(CRO Agora, 1994).

4. O ENSINO DA ODONTOLOGIA

4.1. Fases do ensino odontológico:

Para Pinto (1978), o ensino odontológico no Brasil e na América Latina em geral pode ser caracterizado por três fases: a artesanal, a acadêmica e a humanística. Na fase artesanal, desenvolvida de forma empírica nos primeiros centros formadores, preocupava-se com a estética. A fase acadêmica foi assinalada pela implantação formal das primeiras Faculdades de Odontologia, quando se inicia o reconhecimento da necessidade do embasamento das ciências biológicas. Mais recentemente, surgem as preocupações de introdução das matérias da área de humanidades no currículo odontológico.

As influências culturais que a América Latina sofre, interagem com o ensino universitário em geral. Vieira (1978) lembra que os países latino-americanos passaram a receber “uma considerável influência da civilização americana” e no caso da Odontologia, principalmente em função dos progressos da profissão nos Estados Unidos. Este país transformou-se em polo formador de profissionais e aqueles que lá foram complementar sua formação profissional “procuraram aqui implantar tudo o que pudessem em termos de ensino e prática odontológica lá verificada”.

Em reunião ocorrida em Poços de Caldas (MG), de 30 de julho à 4 de agosto de 1956, incentivada pela CAPES (então designada Campanha), que integrou Comissão mista com a SESP (Serviço Especializado de Saúde Pública) e a “Internacional Cooperation Administration” e com a participação de membros da Comissão Especial de Reforma do Ensino Odontológico, há pouco criada pelo ministro da Educação, fundou-se a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO). Compareceram 28 representantes das então 32 Faculdades de odontologia do país. A primeira diretoria da ABENO foi eleita em 1958, tendo como primeiro presidente o Prof. Dr.

Paulino Guimarães Jr., da FOUSP. A maioria dos integrantes das Comissões de Bolsas e de Ensino também era da FOUSP.

Com a criação da ABENO tem início uma importante fase para o ensino odontológico brasileiro, com intensa interação com a CAPES. De imediato, a Associação implementa um programa de bolsas em convênio com a CAPES, para estágios de docentes nas Faculdades brasileiras e em convênio com a I.C.A. (Ponto IV) para estágios nos Estados Unidos. Em seguida, faz convênio com a W.K. Kellogg Foundation, originando várias ações de intercâmbio entre Brasil e Estados Unidos em convênios tripartites CAPES-ABENO-Kellogg. Passa editar em São Paulo o Boletim da ABENO e inicia um programa de visitas para levantamento geral das condições das Faculdades de Odontologia do país.

O dinâmico presidente da ABENO defendia o ensino integrado e se preocupava com a atuação docente – "para isso, é preciso que os professores acreditem no valor da motivação. – Valerá a Odontologia por motivação suficiente? É a primeira pergunta que a si mesmo deve dirigir um homem que ingressa na docência odontológica" (Guimarães, 1960). Já de posse das informações sobre as carências das Faculdades – "Das trinta e seis faculdades então existentes, apenas duas apresentam acervo animador que permitia que fossem qualificadas como "possuidoras de biblioteca". As trinta quatro restantes, com graus variáveis de deficiência, estavam a exigir atenção especial", com o apoio da Kellogg, criou-se uma "Secção de Documentação Odontológica", na FOUSP, surgindo a primeira publicação para divulgar o acervo de periódicos – "Sumários de Odontologia" (Guimarães, 1964).

Das recomendações da IV Reunião da ABENO, ocorrida em São Paulo, de 22 à 26/7/1962, destacamos que uma das preocupações centrais do período era com o "ensino integrado": "o ensino deverá, tanto quanto possível, ser motivado em função das matérias de aplicação". Defende-se a adoção do "tempo integral", principalmente para os docentes das matérias básicas, considerando-se a escassez de pessoal docente para as matérias básicas (Atividades da IV Reunião, 1962).

O cenário da passagem dos anos 50 para a década de 60 pode ser sentido pelas observações de Aldrovandi (1965), ao considerar que "nas últimas décadas a Odontologia progrediu tremendamente, pois o seu acervo material se viu enriquecido por novo equipamento,

novos materiais e novas técnicas". O autor se contrapõe ao ensino horizontal, criticando o ensino estático, sem unidade em que "cada professor ensina o que bem entende, da maneira que acha melhor" e defende a reorganização curricular e o ensino oblíquo, dando ênfase ao incremento da pesquisa nas próprias escolas de odontologia. À vista disto, defende a instituição do "tempo integral" do docente, com o objetivo de fixar o docente à sua escola para impulsionar o ensino e a pesquisa odontológicas.

4.2 – Questões curriculares

À medida que eram criadas Faculdades de Odontologia em vários Estados, acentuavam-se as discussões sobre a situação das Faculdades e sobre reformas curriculares.

Lima (1958) criticava as propostas de revisão do número e designação de Cátedras e sobre a possibilidade de instituição de uma 4ª série. Este autor argumentava que, antes de tudo, seria necessário que o professor se conscientizasse de seu dever, - "sempre que se cogita de reformar o ensino odontológico, trata-se com razão de aperfeiçoar a organização didática, aumentando o tempo de duração do curso, desdobrando cadeiras... – Esse objetivo nem sempre é alcançado. Forma-se um círculo vicioso, porque, de fato, se atualmente é escasso o tempo de que o acadêmico dispõe para estudar, com proveito, as diversas cadeiras da 3ª série, o mesmo inconveniente persistirá, desde que ao acréscimo de mais de um ano de estudos, corresponda sensível aumento de cadeira". O mesmo autor já criticava a seleção efetivada pelos exames vestibulares, pois, "o preparo que os estudantes revelam, deixa muito a desejar" e chegava a propor a introdução de teses vocacionais.

Em 1957, uma Comissão constituída pelo Presidente Kubitschek apresentou um anteprojeto da reforma do ensino odontológico. A propósito, o Diretório Acadêmico Mário Badan, representativo dos estudantes de Odontologia da Faculdade Fluminense de Medicina, manifestava-se favorável ao projeto que estendia o curso para 5 anos e ao aumento de vagas. Por outro lado, os estudantes posicionavam-se contra a cátedra vitalícia e ainda recomendavam que catedráticos e assistentes fossem obrigados a fazer o curso de Didática de Ciência Naturais e, evidentemente, lutavam pela inclusão de representante discente na Congregação da Faculdade (I

Seminário de Reforma do Ensino Odontológico, 1957).

Nos primeiros anos da década de 60 graduaram-se as primeiras turmas formadas em 4 anos de curso e, coincidentemente, as primeiras turmas das Faculdades encampadas ou já criadas como Institutos Isolados de Ensino Superior do Estado de São Paulo.

Por solicitação do Governo Federal, e ouvida a ABENO, a CAPES constituiu uma Comissão para apresentar sugestões para a "melhoria das condições do ensino odontológico no Brasil". Tal Comissão, integrada pelos professores Ailton Gondim Lóssio, Sílvio Bevilacqua, Hélio de Senna Figueiredo, Octávio Della Serra, Cláudio Mello e Paulino Guimarães Júnior, reuniu-se em Mongaguá (SP), de 18 à 20 de maio de 1961 e propuseram a ampliação do currículo odontológico mínimo para 4 anos, com 4.280 horas de trabalhos escolares, agrupamento de disciplinas em departamentos para permitir o entrosamento de disciplinas afins e o "estudo orientado" com o objetivo de aproveitar o tempo do estudante (Grupo de Trabalho da ABENO, 1961). Apoiado nas sugestões desta Comissão, Guimarães (1962) sistematiza uma proposta, defendendo um "currículo mínimo" e a organização do calendário escolar em atendimento à então recente Lei de Diretrizes e Bases da Educação nacional. O autor citado, se refere a "disciplinas indevidamente conjugadas" e a "designações obsoletas", justificando a necessidade das reformas: "Há cerca de trinta anos o profissional da Odontologia no Brasil vem sendo formado dentro das normas de um currículo que está a exigir adaptações decorrentes da natural evolução da ciência, em geral, e da Odontologia, em particular".

Desde a regulamentação profissional nº 1314, de 17/1/1951,estabelecia-se que o exercício da profissão só seria permitido aos que se achassem habilitados por título em Escola de Odontologia oficial reconhecida. Já se exigia o registro do diploma na Diretoria do Ensino Superior e a anotação no Serviço Nacional da Fiscalização da Medicina, na repartição estadual competente. Isto foi ratificado pela regulamentação em vigor, a Lei no. 5081, de 24/8/1966.

A Reforma Universitária de 1968, com a extinção das cátedras e a criação dos departamentos, provocou na Odontologia reflexos semelhantes aos de outros cursos da universidade. Todavia, no caso do ensino odontológico, uma alteração mais profunda ocorreu na FOUSP, ao passar sua disciplinas básicas para o Instituto de Ciências Biomédicas e para o Instituto de Química. Como as Faculdades oficiais do interior não eram integradas a

universidades e, no caso de Bauru, era o único curso da USP, as disciplinas básicas permaneceram com as Faculdades de Odontologia. Posteriormente, com a criação da UNESP e a absorção da F.O. Ribeirão Preto pela USP, as Faculdades de Araraquara/UNESP e a de Ribeirão Preto passaram a ter disciplinas básicas ministradas por outras unidades universitárias. Este fato tem gerado atritos nos colegiados do curso de Odontologia (Perri de Carvalho, 1992).

Assim, nos cursos de Odontologia, no início, o ensino das disciplinas básicas era ministrado por médicos e farmacêuticos. Com a oficialização de várias Faculdades, teve início a formação de docentes para tais disciplinas, entre seus egressos, notadamente nas décadas de 50 e 60. No entanto, com a Reforma de 1968; a partir dos Institutos Básicos da USP, profissionais da área das biológicas passaram a ser introduzidos no ensino da Odontologia.

Nos anos 70, a criação da disciplina de Clínica Integrada gerou intensas discussões. Esta finalmente foi introduzida no currículo com a regulamentação de 1982.

Com o objetivo de delinear o ensino da Odontologia em nosso país, o Conselho Federal de Educação estabeleceu com a Resolução nº 4, de 3/9/82, o conteúdo mínimo dos cursos de Odontologia, visando a formação de um profissional generalista. Na oportunidade, foram introduzidas matérias das áreas de psicologia, antropologia, sociologia e metodologia científica. No entanto, a introdução destas matérias gera questionamentos, sendo muitas vezes consideradas "perfumarias" ante as necessidades da formação técnica do profissional. Para Moraes & Pessoti (1983), a incorporação de ciências comportamentais e sociais no currículo, que eles consideram um processo evolutivo na educação odontológica, parece não ser amplamente aceito.

O estágio dos estudantes foi definido pelo Decreto nº 87.497, de 18/8/1982, que regulamenta a Lei nº 6.494, de 7/12/1977 e a Decisão CFO 25/84. O estágio curricular, como procedimento didático-pedagógico, é de competência das Instituições de Ensino. Estas, poderão recorrer aos serviços de integração entre instituições públicas e privadas, entre o sistema de ensino e os setores de produção, serviços, comunidade e governo, mediante convênios devidamente acordados em instrumento jurídico.

A resolução nº 4 do Conselho Federal de Odontologia, determina mínimos de carga horária de 3.600 horas e de 8 semestres. No caso das Faculdades de Odontologia das

Universidades Estaduais Paulistas, é excedido em muitos pelos currículos plenos. A carga horária oscila entre 4020 horas da F.O. de São José dos Campos/UNESP para 5115 horas da FOUSP. Inclusive, apenas esta última tem seu curso programado para 9 semestres e, no caso do curso noturno, para 12 semestres. Em instituições privadas, como na OSEC, o curso é programado para 10 semestres, porém desenvolvendo-se em apenas um período por dia.

A relação entre o ensino odontológico e a saúde, aparece também em observação de Alves de Souza (1982), que relaciona o "o despreparo da máquina controladora da saúde pública, no atendimento das exigências ainda que mínimas da população brasileira em termos de Odontologia" e o "desarranjo universitário que se constata na matriz geradora do Cirurgião Dentista, as Faculdades de Odontologia". Entre outras questões, o autor defende "uma participação docente mais atuante dos Cirurgiões Dentistas no ensino de disciplinas pertencentes ao ciclo básico de formação" e a "participação de um ensino odontológico junto a um hospital-escola com a finalidade de ser desenvolvida uma sensibilidade geral de convivência profissional em saúde".

O progresso da Odontologia em geral, a introdução dos cursos de pós-graduação, respaldada em pesquisas, vem gerando um intenso aumento do conhecimento. Em conseqüência há correntes que propõem um aumento de carga horária e da seriação do curso de Odontologia. Ribeiro (1983) discute este quadro, inclusive, em função da "mentalidade de especialização", que, para alguns, parece agravar uma autêntica crise no ensino e na prática da Odontologia.

4.3. – Inovações curriculares:

O intenso relacionamento entre a CAPES e a ABENO, gerou movimentos de inovação curricular, como o implementado em Diamantina (MG), teve muita influência em diversas Faculdades. Aliás, a Faculdade de Odontologia de Diamantina surgiu de um compromisso do então Governador do Estado de Minas Gerais Juscelino kubitschek e contando com forte apoio oficial. Já presidente da República, ao paraninfar a 1ª turma de formandos, aos 16/12/1957, refere-se ao ensino da Odontologia: "...ainda não corresponde aos anseios gerais, e algo deve ser feito, com urgência, para melhorá-lo" e anuncia que constituíra uma Comissão para tratar do

assunto (Lima, 1958).

De Minas Gerais partiram outras ações inovadoras do currículo. Nos anos 70, o do Departamento de Odontologia da Universidade Católica de Minas Gerais, tendo como referencial básico o conceito de integração, ensejava uma utilização otimizada de recursos humanos e materiais. Deu-se ênfase ao ensino extra-puro e à pesquisa social, com o desenvolvimento de sistemas de trabalho e da produção de equipamentos simplificados.

Alves de Souza (1982) comenta a concepção moderna que justificou a criação da Unidade de Clínica Odontológica Integrada na Universidade Federal de Uberlândia. Seria a clínica que integraria às demais, distribuídas de forma estanque ao longo da grade curricular, propiciando ao aluno uma realidade mais próxima à do consultório.

Simultaneamente, no estado de São Paulo, discutia-se reforma curricular nas diversas Faculdades, notadamente na Faculdade de Odontologia de Bauru, da USP, da liderança do Prof. Dr. Dioracy Fonterrada Vieira e na Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da UNICAMP. Em Bauru, deu-se importância à: ênfase ao papel da Odontologia Preventiva; atuação comunitária; diagnóstico bucal; ensino clínico integrado; estudo da oclusão; emprego de auxiliares; alterar Bioestatística para Introdução à Metodologia Científica; acompanhamento e avaliação da aprendizagem dos alunos. O projeto de Piracicaba objetivava uma profunda reestruturação com vistas à montagem de um curso harmônico, antepondo-se aos compartimentos estanques, com esforços de integração e ampliação da clínica integrada; estabeleceu-se um planejamento global, com revisão de todo o conteúdo analítico. Este projeto tinha como característica principal a despersonalização das disciplinas convencionais e a formação de blocos de ensino, divididos em dois grandes grupos: um de atividades pré-clínicas e outro, de atividades clínicas.

Deve-se destacar que os projetos da FOP-UNICAMP e do DOUCMG contaram com a colaboração da Fundação W. Kellogg. Na passagem da década de 70 para 80, o programa PADES, do MEC, esteve apoiando alguns projetos inovadores, geralmente voltados à filosofia docente/assistencial.

O projeto de Piracicaba provocou a realização de importante seminário na cidade de Campinas, de 3 à 6 de dezembro de 1978. O "Seminário sobre Ensino Odontológico", promovido

pelo Ministério da Educação e Cultura, através do DAU, da CAPES e do PADES, deteve-se em discussões sobre inovações de ensino praticadas na PUC de Belo Horizonte e em Piracicaba e as reformas curriculares propostas por Bauru e pela PUC de Campinas, dominaram o temário do evento. O relatório deste Seminário destaca que "apenas a FP e o DOUMG realmente propiciaram aos simposiastas uma visão do que estava sendo realizado em matéria de inovação".

A partir das inovações da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, ocorreram as alterações, como os estágios extra-muros aos alunos dos 7º e 8º semestres do curso de graduação, implementados desde 1970. Através de convênios mantém experiências de integração docente-assistencial, que permitem ao estudante de odontologia aplicar "sistemas de racionalização do trabalho, visando o aumento da produtividade, sem prejuízo da qualidade" (Moreira & colabs., 1985). Inclusive na composição da hora clínica, observou-se um aumento de 31.8% de produtividade, após a utilização racional dos auxiliares odontológicos (Pereira & Moreira, 1992).

Atualmente, Novelli (1991) propõe o ensino de computação ao nível da graduação, baseando-se em sua experiência positiva no "Laboratório de Informática Dedicado à Odontologia" da USP, e pela constatação de que tem sido muito lenta e tímida a introdução da informática na área da Odontologia.

O ensino odontológico, visto pelo ângulo pedagógico, contou com o apoio de programas como o PADES, do MEC, transformou-se em um dos temas importantes em processos de inovação curricular, como o da FOP-UNICAMP, e foi introduzido em alguns cursos de pós-graduação, na forma de didática aplicada ao ensino superior. Todavia, em muitos cursos de pós-graduação, que visam a formação de docentes, persiste a preparação exclusiva do pesquisador.

Tivemos oportunidade de participar de um grupo inter-unidades universitárias da UNESP, em que a Faculdade de Odontologia de Araçatuba teve importante papel no tocante a reflexões e ações sobre a prática pedagógica (Marini, 1990). A partir daí elaboramos propostas de inovação em disciplina sob nossa responsabilidade, o que acabou provocando a realização do 1º Encontro Paulista dos Professores de Cirurgia, Traumatologia e Prótese Buco-Maxilo-Facial, com o apoio da FAPESP, em abril de 1986, em Araçatuba. Atualmente, já há pesquisas relacionadas ao ensino odontológico. Masetto (1992) inclui em sua tese de livre-docência na Faculdade de Educação da USP, o capítulo "Tópicos de Metodologia Especial: Odontologia", onde descreve seu trabalho

com mestrandos e doutorandos da FOUSP. Merece destaque o depoimento de uma das pós-graduadas. "Estou acostumada com o "profissional dentista" que dá aulas e é bem diferente do "profissional professor" que está realmente preocupado com a aprendizagem". Devemos salientar que já surgem teses, especificamente sobre o ensino da Odontologia, como a de doutorado: "Avaliação sobre o ensino de prótese removível em Faculdades de Odontologia do Estado de São Paulo", defendida por Fernando Luiz Brunetti Montenegro, na FOUSP, em 1993.

4.4. – Prestígio das Faculdades, perfil sócio-econômico dos estudantes e demanda de vestibulandos:

Um dos fatores que garante o prestígio de uma Instituição é a quantidade do corpo docente. A este respeito, o Índice de Qualificação do Corpo Docente (IQCD), efetivado em 1991 (Fonte: MEC/Coordenação de Informações para o Planejamento, 1992), mostra a excelente situação das universidades estaduais paulistas. Na classificação geral de 99 universidades brasileiras, eis como se posicionam algumas universidade paulistas que mantém cursos de Odontologia: 1º – USP; 2º – UNICAMP; 4º – UNESP; 12º – UNIP; 21º – USC; 27º – UNAERP; 4º – PUCCAMP; seguem-se outras em situação desfavorável. Este dado, embora se refira à qualificação dos docentes da universidade como um todo, provavelmente seja um indicativo do aproveitamento nas instituições privadas de docentes e ex-docentes qualificados pelas oficiais. A avaliação da CAPES sobre os cursos de pós-graduação (vide Quadro III) é outro importante referencial.

As avaliações externas sobre os cursos universitários efetivadas pelo "Guia do Estudante" e pela revista "Play-Boy" (ambas da Editora Abril), embora gerem questionamentos acadêmicos, baseiam-se em alguns dados acadêmicos e em consultores do meio universitário. O fato é que, pela ampla circulação, tais publicações, provavelmente, interfiram no meio dos pré-vestibulandos. No 13º "ranking" da revista "Play Boy" (nº 224, março de 1994), pela ordem, estão classificados os 10 melhores cursos de graduação em Odontologia: Bauru/USP, Araraquara/UNESP, São Paulo/USP, Araçatuba/UNESP, Ribeirão Preto/USP, São José dos Campos/UNESP, Piracicaba/UNICAMP, Rio de janeiro/U. Federal, Belo Horizonte/U. Federal, e Porto Alegre/U. Federal. Nos anos recentes, há um certo revezamento e até uma disputa entre os

primeiros lugares nos “rankings” citados, entre os cursos de graduação da: F.O.Bauru/USP, FOUSP, F.O.Araçatuba/UNESP e F.O.Araraquara/UNESP.

Nos Relatórios da FUVEST, verifica-se que os inscritos para Odontologia têm notas médias bem satisfatórias em comparação com outras carreiras. O Projeto Tempo Zero, que avalia o perfil sócio-econômico do ingressante na USP, revela que os acadêmicos de Odontologia são predominantemente pertencentes às faixas sociais A e B.

A relação candidato/vaga para os cursos de Odontologia já foi um problema, haja vista as recomendações de reunião da ABENO: “Considerando-se o déficit de profissionais da Odontologia no Brasil e, tendo-se em vista o fato de que, em elevado número de Faculdades de Odontologia do país, as vagas da primeira série não são preenchidas, recomenda-se que seja desenvolvido junto aos alunos dos cursos médios ou secundário, um trabalho de divulgação relativo às metas profissionais...”(Atividades da IV Reunião, 1962). Atualmente, este quadro se alterou totalmente e os cursos de odontologia se encontram entre os mais procurados das Universidades Estaduais Paulistas. Muito embora possa haver um mesmo contigente de vestibulandos inscrevendo-se em concursos vestibulares das universidades estaduais e privadas, deve-se destacar a grande demanda para instituições privadas, como a UNIP, a Unicastelo e a Unicid, todas da Capital.

Quadro I

Relação Candidado/Vaga para os cursos de Odontologia do Estado de São Paulo – concurso vestibular de 1993

Instituição	Período	Relação C/V
Unicamp – Piracicaba	MT	41.4
Unesp – São José dos Campos	MT	36.8
Unesp – Araraquara	MT	31.8
USP – São Paulo	MT	31.7
Unesp – Araçatuba	MT	27.7
USP – Bauru	MT	25.2
Unip – São Paulo	MT	23.3
USP – Ribeirão Preto	MT	20.0
Unicastelo – São Paulo	MT	16.4
USP – São Paulo	N	14.8
Unicid – São Paulo	MT	12.1
PUC – Campinas	M/T	11.9
Uniceb – Santos	MT	9.1
Lins	MT	8.9
Unitau – Taubaté	MTN	8.2
OSEC – São Paulo	M/T	8.0
UMC – Mogi das Cruzes	MT	7.7
USF – Bragança Paulista	MT	7.6
Barretos	MT	7.5
USF – Bragança Paulista	N	6.5
IMS – São Bernardo do Campo	N	6.0
USC – Bauru	MT	5.6
UnG – Guarulhos	MT	5.1
Unaerp – Ribeirão Preto	MT	4.5
Unoeste – Presidente Prudente	MT	3.6

FONTE: Guia do Estudante 94, São Paulo, Ed. Abril, pp. 213-240
Abreviaturas: M – Manhã; T – tarde; N – Noturno; MT – integral diurno

5 – PESQUISAS NAS FACULDADES

Schwartzman (1979) lembra que a ligação íntima entre ciência e universidade só ocorre no século XIX e que, genericamente, desde as suas origens, a ciência que se realiza no Brasil é somente um pálido reflexo da ciência européia. Todavia, devemos considerar que para a área da Odontologia, precocemente estabeleceu-se a influência americana em função do pioneirismo do Baltimore Dental College.

Em nosso país, a pesquisa odontológica desenvolveu-se quase que exclusivamente nas Faculdades de Odontologia. Em São Paulo, desenvolveu-se na USP e depois se implantou nos então Institutos Isolados de Ensino Superior. Esta era uma das preocupações de Aldrovandi (1965), ao defender a ampliação do regime de tempo integral aos docentes da então recém-instalada Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

Ao analisar a pesquisa nas escolas de Odontologia latino-americanas, Chaves (1967) é de opinião que estas deveriam ter uma orientação definida voltada para a solução de problemas que têm importância para a saúde bucal do povo, para a Odontologia organizada e para a prática individual. Defende a pesquisa interdisciplinar para se formar equipes, onde há poucos pesquisadores. A este respeito, considera a ênfase para os projetos que tendam a aprimorar a indústria nacional e ainda que o pesquisador das áreas básicas deve estar em íntimo contato com os problemas clínicos. O autor já considerava que o período verdadeiramente importante para o treinamento dos pesquisadores é o curso de pós-graduação, pois pesquisa odontológica e pós-graduação estão muito relacionadas na América Latina. Este autor ainda considera "a pesquisa juntamente com o ensino e a prestação de serviços, uma das resultantes da tríplice responsabilidade das Escolas Dentais. O bom professor idealmente deve ser companheiro de aprendizagem de seus estudantes".

Vieira (1975) cita o exemplo da disciplina de materiais dentários, que não existia como disciplina autônoma nas primeiras décadas deste século. Em levantamento feito no "*Chemical Abstracts*", que resume trabalhos publicados no campo da química, verificou-se a crescente participação de trabalhos odontológicos, partindo de 50 resumos entre 1907 e 1911, para 2200 entre 1967 e 1971, o que representa 25% do total de resumos catalogados.

Na apresentação de publicação em que aliamos o conhecimento científico à prática clínica, comentamos que a Odontologia superou a fase da arte e das habilidades manuais para incorporar o conhecimento científico, no qual as bases biológicas foram amplamente valorizadas. Na oportunidade citamos frase do Serviço de Saúde de Bethesda (EUA): "A pesquisa vitaliza o ensino; o ensino eleva o nível do serviço, abre novas avenidas para a pesquisa" (Perri de Carvalho & Okamoto, 1987).

Nas últimas décadas, o método estatístico foi incorporado à pesquisa biológica. Em estudo efetivado por Moraes (1981) com base em 238 teses de doutoramento e de livre-docência relacionadas a assuntos odontológicos, defendidas nos 5 anos precedentes em 8 Faculdades do Estado de São Paulo, verificou-se que apenas 42.8% apresentavam análise estatística correta e apenas 65.6% apresentavam planejamento adequado. À vista disto, o autor opina que em nosso meio a Estatística não está sendo utilizada em sua plena potencialidade como auxiliar da pesquisa e propõe a intensificação do ensino da estatística e da metodologia de pesquisa nos cursos de pós-graduação e em atividades de iniciação científica nos cursos de graduação.

A veiculação dos relatos clínicos e das pesquisas, embora sejam feitas em muitas revistas especializadas estrangeiras, conta com os periódicos nacionais, mesmo porque é comum que Faculdades e Associações procurem mantê-las. Madeira & Carvalho (1988) pesquisaram os periódicos nacionais de odontologia, interrompidos e correntes, no período de 1920 a 1987, e constataram que a maioria das revistas teve vida curta. A interrupções das circulações já atingiu 73.2% dos títulos lançados no período. Mais da metade dos periódicos circulantes até a data da pesquisa, havia surgido nos últimos dez anos. Os autores destacam que o periódico mais antigo em circulação é a Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, iniciada em 1947, como continuação da Revista Odontológica Brasileira, fundada em 1911. À época do levantamento citado, eram recentes as fusões de revistas de Faculdades congêneres da mesma universidade. É o caso da Revista de Odontologia da UNESP que em 1979 fundiu as revistas de suas três Faculdades e da Revista de Odontologia da USP que resulta de idêntica providência, efetivada no ano de 1987. A conclusão óbvia dos autores é a recomendação para se evitar fundar novos títulos, procurando-se prestigiar e aprimorar os existentes.

Com as criações do CNPq, em 1951, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, em 1962, e depois com a implantação dos cursos de pós-graduação, alterou-se o

panorama da pesquisa nas faculdades de Odontologia estaduais paulistas.

É sabido que a Capes financia a grande maioria das bolsas para a pós-graduandos e que o CNPq também financia tais bolsas, como atende uma grande demanda de auxílio à pesquisa.

Todavia, evidentemente que a FAPESP está muito ligada à alavancagem da produção científica em São Paulo. Na área da Odontologia, a demanda por auxílios à pesquisa é relativamente pequena (Quadro II).

Quadro II
Auxílios concedidos pela Fapesp

Anos	**1992**	**1993**
Concessões		
Área da Odontologia	15	20
Total da Fapesp	1691	1548
% da Área da Odontologia	0,88	1,29

Fonte: FAPESP/CPD, 1994.

Numa análise dos auxílios e bolsas concedidas pela FAPESP para a área da Odontologia, no período 1983/93, pode-se salientar alguns aspectos. De início, as Instituições estaduais, de forma quase que absoluta, são as usuárias da Fundação. Os auxílios à pesquisa, majoritariamente, foram captados pela USP, congregando suas três Faculdades de odontologia e os Institutos relacionados com o ensino da Odontologia, o Instituto de Ciências Biomédicas e o Instituto de Química. De forma isolada, pela ordem, destacam-se as instituições: FOUSP, F.O. Piracicaba/UNICAMP, F.O./Araçatuba/UNESP e F.O. Ribeirão Preto/USP. No tocante a bolsas para pós-graduação e para pós-doutorado o quadro pouco se altera, a não ser inclusão da F.O. Araraquara/UNESP, com excelente participação.

Fato digno de registro é a expansão das concessões de bolsas de iniciação científica pela FAPES, notadamente a partir de 1989. No conjunto, a UNESP e a USP foram as universidades

que receberam a maior quantidade de tais bolsas. Separadamente, pela ordem, destacam-se: F.O. Araraquara/UNESP, F.O. Araçatuba/UNESP, F.O. Bauru/USP, F.O. Piracicaba/UNICAMP e a FOUSP.

A introdução dos cursos de pós-graduação provocou um incremento de pesquisa mais intenso nas Faculdades. A avaliação destes cursos pela CAPES, tem como um dos requisitos fortes a quantificação de dissertações e de tese defendidas. Assim, tal avaliação oferece um referencial sobre a situação da pesquisa no meio universitário. Em avaliação nacional feita pela CAPES no período 1990/91, havia 89 cursos de pós-graduação (níveis de mestrado e de doutorado) em Odontologia (Quadro III). Deste total, 46 tinham conceito "A" e 21 conceito "B".

Quadro III
Quantificação dos cursos de pós-graduação em Odontologia no país - Período 1990-91

Nível Estado	Mestrado	Doutorado
Minas Gerais	01	01
Pernambuco	03	03
Rio Grande do Sul	03	01
Rio Grande do Norte	02	---
Rio de Janeiro	09	02
Santa Catarina	01	---
São Paulo	37	26
Totais	56	33

Fonte: MEC/CAPES, 1993

As universidades estaduais de São Paulo respondem por expressiva participação, inclusive com cursos bem conceituados, respectivamente, 40 e 16 deste total, conforme pode ser observado no Quadro IV.

Quadro IV
Quantificação dos cursos de pós-graduação do Estado de São Paulo com conceitos "A" e "B"
Período 1990-91

Conceito	"A"		"B"		
Nível	M	D	M	D	TOTAIS
Instituição					
USP	16	15	03	04	38
Unicamp	02	01	03	02	08
Unesp	03	03	04	-	10
Totais	21	19	10	06	56

Fonte: MEC/CAPES, 1993.

Por outro lado, a progressão praticamente geométrica de conhecimentos em Odontologia, gera impasses como conciliar esta quantidade de conhecimentos com a duração estacionária dos cursos (Vieira, 19710).

6 – SAÚDE E INTERAÇÃO COMUNITÁRIA

A Odontologia sofre menos impacto do que a Medicina, na interação com a comunidade no tocante a questões de saúde. Geralmente, os problemas são de reduzida complexidade, com a cárie dental e as doenças periodontais, os quais podem ser controlados pelas condições disponíveis no consultório, ao contrário de muitas doenças gerais. Por outro lado, fatores com as condições de vida e certos hábitos da população escapam ao controle da profissão.

A carência de mão-de-obra profissional para enfrentar as doenças bucais é uma das dificuldades, mesmo em países desenvolvidos. Vianna (1969) considera que o Brasil está em visível atraso, em relação às demais profissões da saúde, pelo fato de não utilizar de forma adequada o pessoal auxiliar. A par da utilização de pessoal auxiliar, Vianna (1969) opina que outras medidas de caráter coletivo deveriam ser incrementadas para melhorar as condições de saúde bucal da comunidade, como a fluoretação das águas de abastecimento, a racionalização dos serviços sociais de Odontologia, o desenvolvimento de um sistema de pagamento, educação sanitária, etc.

Um aspecto relevante para as dificuldades dos setores públicos e privados para o atendimento odontológico à população, são os custos dos equipamentos e do material de consumo. No documento da VII Conferência Nacional de Saúde há a conclusão de que a prática odontológica em nosso país, entre outros fatores, é “ineficiente, uma vez que é de alto custo e baixíssimo rendimento”, e ainda dependente do mercado externo, com enorme quantidade de materiais importantes (Rizatt-Barbosa & colabs., 1990). A alegada “crise no atendimento odontológico” é considerada por Vacariuc (1985) ao analisar o baixo poder aquisitivo dos clientes, a alta indiscriminada dos preços e também a mentalidade de especialização dos profissionais.

Os projetos de racionalização dos serviços e de simplificação de equipamentos financiados pela Fundação Kellog, que tivemos oportunidade de conhecer em vários países latino-americanos, não obtiveram aceitação adequada no meio odontológico e/ou apoio empresarial para garantí-los. Sem perder a qualidade, seriam caminhos para a diminuição dos custos e para a ampliação dos serviços prestados à população.

O índice de ataque pela cárie dental, conhecimento pela sigla CPO-D, é elevado em nosso país, em todas as faixas etárias, a despeito da grande quantidade de profissionais e de escolas de formação. Inclusive , há diferenças pouco representativas entre as pessoas de distintas faixas de renda, embora sistematicamente os menores valores pertençam à classe economicamente mais favorecida. Pinto (1990) apresenta informações de que para a idade de 12 anos, apenas 19,5% da população apresentava um índice de no máximo 3,0, compatível com as metas da Organização Mundial de Saúde, ao passo que 35% estão num patamar máximo com índice igual ou superior a 8,0, situando-se os demais 45,5% entre esses limites. Todavia, a boca é sede de outras lesões, como o câncer. Dados provenientes de diagnósticos primários de câncer, revelam que 8,5% dos casos nos homens e 2,3% nas mulheres, localizam-se na boca.

Uma das contribuições significativas da Odontologia à saúde pública, sem dúvida está relacionada com o uso do flúor. Após os estudos iniciados nos anos 40, sobre fluoretação da águas de abastecimento, várias cidades passaram a adotar tal processo. No Brasil, a cidade do Baixo Guandu (ES), cujo sistema era operado pela Fundação SESP do Ministério da Saúde, em 1953, já teve suas águas tratadas com flúor. Em Barretos (SP), por exemplo, após 10 anos de fluoretação, o contingente de crianças sem experiência de cárie passou de 15,6% para 52,0%

enquanto que no grupo de 7-14 anos, nada menos que 35% das crianças apresentaram CPO zero em 1981 (Pinto, 1989). Hoje em dia é fato incontestável o declínio da cárie dentaria nas regiões onde se emprega algum processo de fluoretação. Em nosso país, a fluoretação de água é regida pelas Leis nº 6050, de 25/5/975 e faz parte da Política Nacional de Saúde Bucal, sendo defendida pelo Conselho Científico da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (Bastos & colabs., 1993). De acordo com Pinto (1990), o programa de fluoretação de águas em maior expansão é o brasileiro, atingindo cerca de 60 milhões da população, e baseado em insumos produzidos no país e contando com apoio financeiro governamental. Segundo o Prof. Luís Otávio Coelho Guimarães, existem mais de 50 mil trabalhos publicados sobre o uso de flúor sobre e não malefícios comprovados (APCD, 1994).

A discussão sobre a contribuição da Odontologia num programa nacional de saúde compareceu pela primeira vez na história das Conferências Nacionais de Saúde, por ocasião da VII Conferência, realizada em Brasília, no ano de 1980. O Grupo encarregado de analisar a participação da Odontologia nos serviços básicos de saúde, entendeu não ser conveniente a estruturação de um subprograma de atenção odontológica primária, mas sim a sua integração no programa geral de atenção primária. O grupo citado considerou que o atual modelo da prática e assistência odontológica caracteriza-se, em traços gerais, pela: ineficácia, ineficiência, descoordenação, má distribuição, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo, caráter mercantilista, caráter monopolista, inadequação no preparo dos recursos humanos. Entre as recomendações do grupo , inclui-se “a instalação de oficinas centrais de produção, à semelhança do que vem sendo feito por alguns serviços do porte como SESI e SESC (Relatório do Grupo, VII Conferência Nacional de Saúde, 1980).

Ao analisar o documento da VII Conferência Nacional de Saúde, Rizatti-Barbosa & colabs. (1990) corroboram suas conclusões, mas, todavia lembram que “não só a Odontologia como o sistema de saúde brasileiro não são funcionais em relação à população”.

A partir de 1989, o Brasil passou a contar com a Divisão Nacional de Saúde Bucal, no Ministério da Saúde, como organismo controlador do setor. Com isto, foi aprovada uma Política Nacional de Saúde Bucal, baseada em cinco princípios: universalização do atendimento, participação da comunidade, descentralização, hierarquização das ações e integração institucional

(Pinto, 1990).

Em observações sobre a imagem dos profissionais da saúde perante o público, Vieira (1979) comenta a crescente e inevitável posição crítica da população e da imprensa em relação aos profissionais da saúde. Alerta que a imagem dos profissionais da saúde não deva ser comprometida e que "não devemos esquecer-nos de que a Odontologia foi desenvolvida primordialmente para o povo, não para os dentistas".

Em análise de questionário respondido por cirurgiões dentistas do oeste paulista, Madeira & Perri de Carvalho (1980) concluíram que há necessidade de se dar prioridade à orientação preventiva no ensino e na prática da Odontologia, colocando-se em prática idéias existentes sobre a sua real função social, de modo a propiciar saúde bucal à população. Em outra enquête, a respeito de cursos de educação continuada, Perri de Carvalho e Madeira (1980) comentam que os cursos de especialização são válidos inclusive para "orientação dos profissionais para a prática de uma Odontologia mais condizente com a realidade sócio-econômica regional, alertando-se inclusive para os prejuízos sociais causados pela elitização profissional" e que os cursos de educação continuada devem contribuir para "o progresso da prática odontológica e do atendimento dispensado ao povo". Nos trabalhos citados já se discutia a possibilidade da realização periódica de exames para capacitação dos profissionais, à semelhança da experiência de vários Estados norte-americanos.

Por ocasião das demarches para a elaboração e uma nova Lei de Diretrizes e Bases para a Educação, entre os anos de 1989 e 1990, a problemática da proliferação de Faculdades/preparação deficiente para o exercício profissional eclodiu num movimento iniciado pelos Conselhos Regionais de Medicina e de Engenharia, propondo-se a realização de exames de capacitação para o exercício profissional, de forma extra-universitária. Na oportunidade, as três Faculdades de Odontologia da UNESP, por intermédio da Pró-Reitoria de Graduação, firmaram um documento favorável à medida, encaminhando-se ao Conselho Regional de Odontologia de São Paulo.

A adaptação dos currículos à realidade, permitindo uma atuação "segura e positiva dentro da comunidade" é proposta por Ricci & colabs. (1984) opinando também que os profissionais de área médica devem ser convenientemente preparados para atuação em equipe de saúde.

Fatos que enobrecem a Odontologia paulista em termos de prestações de serviços à comunidade são assinalados pela criação de alguns serviços especializados. Ainda na década de 60 surgiu o conhecido “Centrinho”, junto à Faculdade de Odontologia de Bauru que se transformou no Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, hoje um Órgão Complementar da USP e com prestígio internacional. Na década de 80 fundou-se o Centro de Atendimento Odontológico ao Excepcional, junto à Faculdade de Odontologia de Araçatuba, da UNESP.

Recentemente, à vista da crescente representatividade da população brasileira com mais de 60 anos de idade, iniciam-se as preocupações com a saúde bucal na terceira idade. Para Rosa & colabs. (1993), a Odontologia tem o papel de manter tal faixa da população em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal, nem criem repercussões negativas sobre a saúde geral e sobre o estado psicológico de cada indivíduo. Defendem que tais ações deveriam fazer parte da programação dos serviços de saúde bucal.

Por outro lado, os aspectos multidisciplinares e preventivos já chegam à faixa etária dos bebês. O Prof. Dr. Luís Reinaldo de Figueiredo Walter, da Universidade de Londrina é o pioneiro da Bebê Clínica, cujo trabalho é gratuito e coberto pelo Sistema Unificado de Saúde. Com o objetivo de realizar prevenção precoce, partindo da premissa da determinação do risco de cárie, o atendimento é feito no primeiro ano de vida e prossegue até os 5 anos da criança. O citado professor afirma que após cinco anos de acompanhamento conseguiu 85% de redução na cárie dental (APCD, 1994).

A Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas está engajada na orientação dos convênios que visem a fluoretação das águas de abastecimento e, especificamente em 1994, com ações sobre o “Ano Mundial da Saúde Bucal”.

7 – RELAÇÕES ENTRE EXPECTATIVAS, ENSINO E PRÁTICA

À medida que proliferavam as Faculdades de Odontologia, iniciavam-se os receios sobre a adequada formação do profissional. Na primeira metade do século XX, Lima (1958) já questionava as condições de trabalho e de formação oferecidas por muitas Faculdades.

Simultaneamente, aumentavam os problemas de relacionamento e de ética entre os profissionais.

Nas últimas décadas, difundiu-se a imagem que o Cirurgião Dentista é um profissional liberal sucedido, isto é, com alto faturamento. À vista disto, provavelmente, tenham crescido as expectativas pela carreira, a começar pela demanda nos concursos vestibulares.

Há uma série de questionamentos que se repetem no relacionamento entre o cirurgião dentista e o pessoal auxiliar e, externamente, com os médicos. Receios de invasão da área do dentista e até de exercício ilegal da profissão, dificultam a implementação das profissões de técnico em higiene dental e de atendente de consultório, embora tenham suas ações definidas pela Decisão nº 25/84 do Conselho Federal de Odontologia. Já o técnico em prótese dentária, cuja atividade profissional estava regulamentada desde 1945, atualmente tem a profissão regulamentada pelo Decreto 87.689 de 11/10/82 e pela Resolução CFO nº 155/84. Há um relacionamento muito melhor com o dentista, sendo dependente deste para a execução de trabalhos em seus laboratórios.

A evolução da Odontologia, notadamente nas áreas de cirurgia e de ortodontia, ampliou muito a possibilidade de atuação do dentista, como cirurgião, surgindo até uma área específica dentro da especialidade, que é a cirurgia ortognática. Como conseqüência, cresceram impasses e questões entre dentistas, médicos e hospitais. Uma Resolução do Conselho Federal de Medicina, nº 852/78, reconhece "áreas de difícil limitação para a atuação do cirurgião dentista" e, considerando as "controvérsias existentes na área de atuação de médicos e dentistas e, inclusive, que face aos progressos da Odontologia, a profissão de cirurgião dentista vem se constituindo em verdadeira especialidade médica e que para bem se constituir, o currículo escolar do cirurgião dentista deverá integrar-se, cada vez mais, ao currículo médico".

Uma pesquisa realizada nos anos de 1982-3 no curso de Odontologia da Universidade Federal da Bahia demonstrou que alguns estudantes optam pelo curso pela simples ambição sócio-econômica ou por influência familiar (ALMEUIDA JÚNIOR, 1984).

Pesquisa realizada entre formandos de quatro Universidades Federais do Estado do Rio Grande do Sul, aponta que os acadêmicos estavam mais preocupados com questões de ordem pessoal ligadas a horário e trabalho, com inclinação para instalação de seus consultórios na

cidade de origem ou onde reside a família, sem uma análise das possibilidades do mercado de trabalho (Botti & Santos, 1986).

A distribuição de dentistas pelas regiões não depende exclusivamente de fatores econômicos. Problemas familiares e sociais que abrangem remuneração insatisfatória, falta de segurança, afastamento dos centros culturais são motivos considerados por Vacariuc (1985) para justificar a tendência de permanência dos profissionais em centros urbanos maiores.

Costa & colabs. (1992a. b) efetivaram um levantamento sobre a realidade da prática odontológica na Grande São Paulo, analisando relações entre o ensino, a prática e a realização profissional. Os autores observaram que a participação de egressos das faculdades estaduais no interior foi equivalente àquela da FOUSP, o que os levou a concluir que "mesmo com um ensino descentralizado, não haveria regionalização na fixação do profissional pela sede da Faculdade, com fatores outros concorrendo para a sua procura do grande centro". No grupo dos egressos das estaduais do interior, 58% dos respondentes consideraram o preparo oferecido pelas faculdades como pleno e relevante, significativamente melhor que os da FOUSP e as demais (privadas). O treinamento acadêmico foi considerado divorciado da realidade da sua atuação, principalmente entre os egressos das Faculdades privadas. Assim, os autores concluem que "parece haver uma correlação significativa entre o comportamento profissional, a instituição que cursou e a avaliação do treinamento que recebeu na Faculdade". Nesta amostragem de 993 respondentes, verificou-se que 76% declaram-se motivados pela escolha profissional, em função de interesse pelo trabalho do Cirurgião Dentista, mas um quarto dos respondentes indicou a perspectiva do ganho e o prestígio social, como motivador da escolha. A propósito da realização profissional, especificamente, sobre a situação financeira, 58% declaram-se insatisfeitos, 30% plenamente satisfeitos e 11% desiludidos com a profissão. Costa & colabs. (1992a,b) concluíram que a amostragem, basicamente composta por clínicos gerais, vivia principalmente dos procedimentos de dentística, prótese e endodontia.

Um outro aspecto do exercício profissional é analisado por Medeiros (1981), ao considerar os componentes básicos da profissão como prestadora de serviços e ao colocá-la, "em termos de economia, no chamado setor terciário". O autor questiona o padrão do sistema de atenção odontológica individualizado, "baseada primordialmente no princípio de ação em benefício de um grupo" e ainda opina que "a Odontologia perde de longe para outros bens de

consumo, porque a promoção de bens de consumo está aí através dos meios de comunicação de massa, a vender necessidades, enquanto a Odontologia ficou mantida no velho sistema estático de colocar uma placa e esperar que o paciente chegue até ela. Por isso, defende a introdução de pessoal auxiliar em saúde pública, para ampliação da prestação de serviços".

A simplificação de métodos de trabalho e a atuação dos alunos em duplas aumentam a produtividade, em até 18%, o que é também acompanhada da melhora da qualidade do trabalho final (Naressi & Naressi, 1992).

Vieira (1975) analisa a questão da superação profissional, levando-se em consideração os rápidos progresso e produção de conhecimento na Odontologia, a limitação dos cursos e, absorver todas s novidades e os custos da prática profissional. É de opinião que "a possibilidade de ver-se superado constitui um verdadeiro tormento para o profissional responsável". Daí a razão de defender os cursos de educação continuada.

Várias Faculdades mantém programa anual de cursos de educação continuada. A Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas mantém a Escola de Aperfeiçoamento Profissional, com grande oferta de cursos de extensão e de especialização, inclusive de vasta programação de cursos por todo o Estado. Vale o registro de que a APCD realiza bienalmente, com enorme sucesso, os Congressos Internacionais de Odontologia, o qual é o maior evento odontológico do país e um dos maiores do mundo.

Finalmente, uma abordagem pouco lembrada sobre a prática odontológica é a relação com o estresse, Moraes & Gil (1992) consideram que o cirurgião dentista está freqüentemente submetido a eventos potencialmente estressantes. Entre aqueles que os autores relacionam com as características da profissão, de nossa parte, destacamos: características do ambiente físico, exigências físicas da prática, longas horas de trabalho, competição entre profissionais, isolamento do dentista e a realização freqüente do mesmo trabalho.

8 – O MERCADO DE TRABAHO

No século XIX, pelo menos nas principais capitais, conviviam o

barbeiro/sangrador/dentista, os primeiros formados em nosso país, os formados nos Estados Unidos e na França e, entre estes últimos, alguns poucos agraciados com títulos da Casa Imperial.

O exercício da Odontologia, por formados e licenciados, suscitava esforços agremiativos. Em 1868 foi fundado o Instituto dos Cirurgiões Dentistas, que durou apenas um ano. O precursor do atual movimento agremiativo odontológico surgiu aos 14/5/1889, com a fundação do Instituto de Cirurgiões Dentistas do Rio de janeiro. Este, foi fruto da revolta da classe contra a majoração exorbitante dos impostos pagos dentista. Anos depois, foi substituído pelo Instituto Brasileiro de Odontologia (SALLES CUNHA, 931).

No século XIX eram iniciadas algumas ações de dentistas em instituições governamentais. A criação do cargo de cirurgião sangrador no Hospital Militar da Corte data de 25/9/1809. todavia, especificamente como dentista, a atuação ficou caracterizada na Marinha em 1886, com a criação do primeiro serviço dentário. À mesma época, instalava-se um gabinete dentário na Santa Casa de Misericórdia, onde se praticava como especialidade exodontias a granel. A assistência dentária infantil foi inaugurada no país com o Instituto de Proteção e Assistência à Infância. Parece ter sido em 1895 que o Governo contratou os primeiros dentistas para os Hospitais Militares (Salles Cunha, 1931).

A prática odontológica, ou arte dentária, nos primeiros anos do século XX não era uniforme. Nos centros urbanos maiores, dentistas estrangeiros, em especial franceses e norte-americanos, ou brasileiros de famílias abastadas, que puderam estudar nos Estudos Unidos, tratavam canais, confeccionavam pivôs e coroas de ouro, além de já utilizar amálgama em obturações. Os dentistas formados, desde o século XIX, deixaram de ser ambulantes, tiham consultórios então denominados de "gabinetes dentários". O equipo "tipo árvore" apareceu na década de 30 e o motor de alta rotação, então chamado "a jato", foi criado em 1956 (Revista IMS, 1992).

Ainda nos anos 40, iniciava-se o movimento pela criação da "Ordem dos Cirurgiões Dentistas". O Prof. João Sampaio Dória, catedrático de Higiene e Odontologia Legal da então Faculdade de Farmácia e Odontologia da USP, publicou na Revista XXV de Janeiro, a justificativa para tal proposta. O objetivo seria "coibir atitudes contrárias aos interesses da classe" e com abrangência nacional, seria "órgão de seleção, defesa e disciplina da profissão de cirurgião

dentista em todo o território nacional".

Ao mesmo tempo, surgia a figura do "dentista prático". Estes chegaram a contar com o amparo legal, desde que licenciados, para "fazer qualquer trabalho dentário, sendo-lhes, porém, terminantemente vedadas todas as intervenções sangrentas que não sejam simples exodontia na região gengivo-dentária". (Lima, 1958). Assim, na metade do século XX, as lutas dos cirurgiões dentistas eram para a eliminação do dentista prático licenciado, o que culminou com a regulamentação da profissão em 1966.

Aspecto distinto a ser considerado é a observação de Scwartzman (1979) de que a criação de uma sociedade urbana e de consumo de massa, expandiu-se progressivamente após a 2ª guerra, criando uma forte demanda por títulos universitários de cunho profissional e os benefícios advindos de um status profissional.

Provavelmente não existia falta de cirurgiões dentistas no Brasil e sim má distribuição geográfica. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a relação habitantes/dentista ideal seria de 1000/1 para países desenvolvidos e 1500/1 para países em desenvolvimento. Desde a década de 70 esta relação encontrava-se excedida em nosso país, época que a conceituada revista americana J.A.D.A., comentava também que o número de Faculdades de Odontologia no Brasil ultrapassava os Estados Unidos, que tem uma população bem superior que a nossa (Madeira & Carvalho, 1980). Segundo Pinto (1990), o Brasil é o país que possui mais cursos de formação de dentistas e com relação ao número de profissionais encontrava-se em 3º lugar, atrás apenas dos Estados Unidos e da antiga União Soviética. Em 1988, de uma estimativa de 900 mil dentistas no mundo inteiro, o Brasil contava com 11,1% do total.

Diversas teorias tentam explicar o funcionamento do mercado de trabalho. A evolução da relação entre o sistema de ensino superior e o mercado de trabalho é estudada em vários países. A universidade tem sido acusada de fabricar desempregados, na medida em que a demanda não teria acompanhado essa evolução. Na realidade, parece que a situação profissional dos egressos do ensino superior não se apresenta tão preocupante em si e ainda menos quando comparada com a situação dos indivíduos de nível de formação inferior (PAUL, 1989).

Pinto (1990) é de opinião de que o modelo curativo de atenção odontológica, faz

proliferar quase ao limite máximo o número de dentistas, justamente nos países onde a prevalência da cárie é mais elevada. Assim, lembra que os países desenvolvidos deram-se conta de que o axioma “quanto mais dentista, melhor saúde bucal” não era verdadeiro, devendo substituí-lo pelo novo slogan “quanto mais prevenção, mais e melhor saúde bucal”.

Opinião semelhante já era defendida por Vieira (1975), ponderando que “a solução do problema não está apenas em crescimento numérico de dentista, ou em campanhas para conscientizar a população sobre benefícios decorrentes dos tratamentos dentários, mas principalmente em usar recursos preventivos e curativos...”

Dados coletados por Pinto (1990) apontam que os níveis de freqüência a consultório odontológico – com pelo menos uma visita ao longo do período de um ano -, localiza-se na faixa etária de 15 a 19 anos, com 68%.

Ribeiro (1983), analisa estatísticas da renda per capita da população e do percentual dos salários geralmente destinados à assistência médica e odontológica, e conclui que os fatores econômicos afetam parte da população que era atendida nas clínicas privadas, o que é agravado pela má distribuição dos cirurgiões-dentistas no território nacional, conforme dados do Conselho Federal de Odontologia. Por outro lado, este autor, ao analisar a crescente especialização da Odontologia é de opinião de que não é a especialização, mas os fatores econômicos é que afastam pacientes das clínicas privadas.

Vacariuc (1985) cita dados da Fundação Getúlio Vargas, de que em 1974, os gastos familiares do brasileiro com assistência médico-odontológica girava em 4.5% do orçamento familiar. A partir daí, a autora comenta a crise que estaria havendo no exercício profissional, levando o cirurgião dentista a procurar emprego ou viver exclusivamente dele. Entre os fatores intrínsicos à Odontologia que contribuem para a tal crise, lembra que, em geral, o ensino está voltado para uma Odontologia de alto padrão; a permanência de profissionais em cidades de renda “per capita” alta, concentrando 78% dos dentistas brasileiros nas regiões sul e sudeste; e também que uma minoria estaria disposta a trabalhar junto à população carente. A autora ainda alerta “medidas sejam tomadas para que se evite a socialização da Odontologia por empresas privadas que visam somente os lucros...”

A questão dos custos para a prática odontológica, provavelmente, exerça profunda interferência no mercado de trabalho. Pinto (1989) considera que tal atuação caracteriza-se por uma forte dependência em relação à tecnologia. Os principais insumos utilizados neste setor – equipamentos, materiais, instrumentais e medicamentos – apresentam níveis crescentes de sofisticação que elevam os custos e dificultam a expansão do trabalho.

Atualmente, há evidentes indicativos de que ocorre uma mudança no exercício da Odontologia, outrora quase que praticada apenas em consultório particulares. Vacariuc (1985) relaciona atividades do profissional como autônomo, empregado e como docente e enumera as opções de atuação em: clínicas (médico-odontológicas e odontológicas), empresa privada (na própria empresa e em convênio), no serviço público como dentista e como sanitarista (serviço escolar, prefeituras, previdência), forças armadas (Polícia Militar, Exército, Marinha e Aeronáutica), serviços patrimoniais (Sesc, Sesi, Senac), Sindicatos e laboratórios protéticos.

No Estado da Bahia, 37.3% dos profissionais são puramente liberais, segundo pesquisa realizada por Tabacof (1975).

Na cidade de Ribeirão Preto, 58% dos profissionais atuam apenas como liberais, oferecendo à população 6,50 horas diárias, em média, para uma semana de 5,5 dias (Borges & Campos, 1984).

Em estudo realizado com o objetivo de avaliar o número de turnos que os dentistas de clínica privada exercem em serviços clínicos na cidade de São José dos Campos, Rossetini & Naressi (1986) concluíram que dedicam-se exclusivamente ao consultório particular: 53.1% em apenas um consultório e 11% em dois consultórios; os demais – 35.9% também atuam em escolas, serviços públicos e/ou clínicas odontológicas. Verificam que os dentistas trabalham, em média, 11 turnos semanais de 4 horas.

Medeiros (1989) realizou uma pesquisa com pais de escolares sobre a experiência extra-muro da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, concluindo que a percepção da comunidade foi satisfatória. No entanto, o autor alerta que “no ensino, os efeitos adversos mostram-se claramente na dificuldade que as instituições universitárias apresentam para definir do profissional a ser formado, decorrente do não conhecimento da comunidade onde

esses profissionais irão atuar. Na área da prestação de serviços, os profissionais egressos de um processo formador não coerente com as necessidades da comunidade tendem a perpetuar essa distorção, em nada contribuindo para o equacionamento dos problemas de saúde comunitária". À vista de sua experiência, propõe a introdução de novas atividades, de forma a atender totalmente aos anseios da população.

Uma realidade pouco pesquisada é a proliferação das chamadas "clínicas populares" que associam baixos custos a atendimentos de qualidade duvidosa. As deficiências dos sistemas de saúde, a baixa renda da população, principalmente dos bairros periféricos e/ou freqüentadores dos centros das cidades, os custos elevados da prática odontológica e as dificuldades naturais para o início do exercício profissional, criam espaços para tais clínicas. Todavia, o fato é que a população economicamente menos aquinhoada, que não dispõe de serviços odontológicos com objetivos sociais ou de convênios de firmas, só tem acesso a este tipo de clínica.

Essa participação da Odontologia nos programas de saúde, foi definida pelo Grupo que debateu o assunto na VII Conferência Nacional de Saúde e que, inclusive, reconheceu o valor dos serviços prestados por instituições como o SESI e o SESC.

Medeiros (1981) discute a insistência do Cirurgião Dentista trabalhar sozinho no consultório, mesmo com a existência da regulamentação da formação de pessoal auxiliar em nível de 2º grau, já definida pelo Conselho Federal de Educação, desde 1975.

Em avaliação realizada entre os profissionais da Grande São Paulo, Costa & colabs. (1992a) constataram que a renda média mensal gira em torno de 900 dólares, com aproximadamente 10% recebendo acima de 2.500 dólares e outros 10% recebendo menos de 300 dólares mensais. Nesta amostragem, a quase totalidade era clínico geral, mas verificou-se que o especialista consegue uma renda quase 25% melhor que o clínico geral; constatou-se ainda que quase 9 em cada 10 dos dentistas pesquisados tinham consultório próprio e que 30% deles também era empregado em tempo parcial. Em função destes dados, discutem a crescente sofisticação e custo elevado dos atendimentos e comentam que "se esta mostra puder ser tomada como exemplo e ela revela que, por exemplo, 40% dos entrevistados dependem de um vínculo empregatício para a sua sobrevivência profissional, esta classe não pode ser tida elitista ou sofisticada mas, certamente o oposto". Estes autores destacam o crescimento vertiginoso do

número de profissionais do sexo feminino e vaticinam que "se esta tendência se generalizar na classe, é possível que a Odontologia sofra profundas mudanças, uma vez que, sob vários aspectos, o comportamento profissional diverge substancialmente segundo o sexo". Entre outras, lembram que poderia significar, por exemplo, a diminuição gradativa do número de profissionais que fazem Prótese "já que na ordenação das dentistas, este disciplina foi preterida em relação à Endodontia e Odontopediatria". Outro aspecto observado pelos autores, com relação às profissionais do sexo feminino, foi a forte tendência a se empregarem, pois metade delas já tem algum vínculo empregatício e 21% delas não tem qualquer atuação liberal. À vista destas observações consideram que o percentual crescente de mulheres contribua para uma "socialização passiva da Odontologia".

Em entrevista ao APCD Jornal, o Prof. Dr. Rubens Corte Real de Carvalho destaca que "os cancelamentos no CROSP poderiam ser um dos indicativos da evasão de profissionais. No entanto, não há como saber se eles são feitos por causa de transferência de estado, de viagem de estudos ou se é pela desistência do exercício profissional" (Carvalho, 1994).

O fenômeno recente de migração de profissionais para Portugal revela a procura por um mercado promissor, em comparação com as noticias notórias dificuldades locais e, por outro lado, que o Cirurgião Dentista formado no Brasil tem excelentes condições de competitividade com o profissional português, originariamente um médico especializado em Odontologia. Aliás, tem havido muito interesse e intercâmbio com o meio acadêmico da Odontologia brasileira.

O ensino e prática da Odontologia deveriam estar mais atentos à realidade da socialização da profissão e inclusive para a tendência de institucionalização de programas comunitários de saúde, que deveriam contar com o trabalho integrado do cirurgião dentista, numa atuação multi-profissional e mais intensa (Ricci & colabs., 1984).

Em estudo epidemiológico sobre a saúde bucal na terceira idade, Rosa & colabs. (1993) propõem cuidados que, evidentemente, poderão significar uma ampliação do mercado de trabalho, quando se referem ao desenvolvimento de ações odontológicas nos serviços públicos e privados, com o estabelecimento de metas a cada cidade e a cada Estado, inicialmente para as faixas de 50-59 anos e logo para a de 60-69 anos.

9 – COMENTÁRIOS

O início da prática odontológica em nosso país teve matizes complicados, na convivência entre licenciados pelo Proto-medicato, barbeiros/dentistas negros, e os primeiros formados pelas Faculdades de Medicina. Todavia, mesmo a formação destes últimos era muito diversa de outras carreiras, impregnadas de um espírito universitário e, na época, sob forte influência humanista.

Desde o início da profissão em nosso país há pontos de semelhança e de distinção entre Odontologia e Medicina. Principalmente nos primeiros tempos, eram agudas algumas características. Em recente estudo sociológico, Coradini (1994) analisa o processo de formação da elite médica no Brasil, desde a fundação da Academia Nacional de Medicina, no início do século XIX, destacando aspectos muito marcantes como a relação entre posição social, parentesco, poder e seleção desta elite. Em função de sua proposta trabalho, chega a comentar as polêmicas, de certa forma mais recentes no meio odontológico, como o tipo de profissional a ser formado, se "liberal" ou voltado à "medicina pública" e ainda se refere à relação entre expansão dos cursos médicos e a "massificação das origens sociais dos estudantes". Aliás, Gonçalves (1991) destaca a disparidade na distribuição das escolas médicas e, por conseqüência, dos médicos graduados, a qual não guarda qualquer relação com as necessidades da população.

Entre os primeiros dentistas formados, no exterior e no Brasil, que montavam seus "gabinetes", o objetivo era o atendimento de seus clientes, sem maiores preocupações sociais. Aliás, não havia a preocupação do cliente como um todo, as atenções estavam voltadas à função e até mais ainda à estética dental. Ao mesmo tempo, o ambiente do desprestígio profissional e, talvez, justamente por isto, os dentistas melhor formados e/ou originários de famílias sócio-econômico melhor colocadas, buscavam relacionamentos com as elites.

Outro aspecto seria a abrangência da formação acadêmica e o ambiente restrito de atuação profissional. Praticamente era "arte dentaria", e, em nosso país, sem nenhuma vinculação com a produção de conhecimento.

Esses aspectos, já distinguiam enormemente as preocupações dos primeiros médicos e dentistas brasileiros. Especificamente com relação à formação médica, deve-se destacar o ambiente em que surgiu a Faculdade de Medicina de São Paulo, de intensa relação com os

pioneiros Institutos de pesquisas, as campanhas sanitárias e as ligações com a Fundação Rockefeller.

Na mesma época, as Escolas de odontologia instaladas na Capital e no interior eram privadas e com notórias dificuldades de recursos humanos. Inclusive, as polemicas sobre a incorporação da antiga Escola de Farmácia e Odontologia à USP, em formação, refletem bem a situação de desprestígio da citada Escola.

Em nossa ótica este cenário agudizava o isolamento do dentista. Isto porque, pela abrangência da prática odontológica da época e pela sua própria formação acadêmica, a sua tendência era de atuação exclusivamente no interior do consultório particular.

Com o redirecionamento da Faculdade de Odontologia, já incorporada à USP, objetando-se a realização de pesquisas e incentivando-se a formação de docentes, inclusive no exterior, o ensino e a prática da Odontologia passaram a sofrer alterações.

Todavia, historicamente pela criação da primeira Escola de Odontologia do mundo, nos Estados Unidos e depois pelo desenvolvimento científico que a Odontologia adquiriu naquele país, estabeleceu-se um intercâmbio dos dentistas e professores de Odontologia, prioritariamente com as universidades norte-americanas, pois a tradição européia de ensino odontológico vinculava-o à previa formação médica.

Sem dúvida, esse fato contribuiu para alavancar a Odontologia em nosso país. Todavia, de nossa parte, nos arriscamos a levantar a hipótese de que o modelo das Escolas de Odontologia americanas, originariamente já distintas de outras Faculdades, o liberalismo econômico do país e as evidentes condições sócio-econômicas do povo, contribuíram para reforçar, em grande parte de nossos formadores de opinião odontológicos, alguns aspectos, como a tendência à prática odontológica individualizada e muito centrada no sucesso econômico do profissional. Deve-se ressaltar, contudo, que as preocupações sociais e sanitárias no âmbito da Odontologia já eram bem desenvolvidas nos Estados Unidos, em meados deste século. Aliás, paradoxalmente, nas últimas décadas, muitas das propostas da área da Odontologia Social para países latinoamericanos foram fomentada por Fundações norte-americanas.

A pesquisa biológica e de materiais ganhou força na Odontologia, em detrimento das

pesquisas sociais. Seria a busca de resultados imediatos e um certo atrelamento a uma proposta utilitarista.

Em que pesem todos os esforços de órgãos governamentais, associações de profissionais e de docentes da Odontologia, de Fundações nacionais e estrangeiras, da introdução de várias matérias da área da Odontologia Social e, mais recentemente, das matérias da área de ciências humanas e sociais, na prática, o currículo "oculto" do ensino odontológico é voltado prioritariamente à prática privada no consultório e ainda reforça o individualismo.

Diferente do médico cuja atuação gira em torno do hospital, onde convive com colegas profissionais auxiliares, doentes e seus familiares, o Cirurgião Dentista fica recluso no consultório. A continuada ação em micro-espaços bucais, o isolamento no consultório e até a competição entre profissionais, são condições propiciadores do estresse segundo avaliação de Moraes & Gil (1992). Estes fatos provavelmente justifiquem as limitações de relacionamento social e associativos de parte da classe odontológica. Tais condições, somadas a distorções ou desatualização do currículo, também podem esclarecer a dificuldade de atuação em equipe e até de delegação de funções.

Durante visita a Faculdades latino-americanas, escutamos a observações de que era necessário "libertar-se o solitário do consultório" (Perri de Carvalho, 1985). Esta seria uma das questões nevrálgicas a serem vencidas na cultura do ensino e da prática da Odontologia. Daí, as propostas para que a "tecnologia apropriada à Odontologia" não se restrinja somente aos componentes físicos, pois questões como a utilização correta dos espaços de trabalho, os recursos humanos e a própria filosofia de atuação estão intimamente relacionados.

Alias, Pinto (1989) defende a proposta de que a Odontologia deve ser exercida por um conjunto de recursos humanos com distintos escalões de treinamento, habilidades e funções, adaptados às características epidemiológicas, sociais e econômicas da comunidade.

As especialidades odontológicas progrediram, sedimentando atuações cada vez mais especificas e também onerosas. De outro lado, estimulam um autêntico comércio de cursos de especializações. As pesquisas de Costa & colabs. (1992a,b) enfatizam os paradoxos na prática da Odontologia na capital paulista, inclusive com relação às especialidades. É notório um aumento

do prestígio social do Cirurgião Dentista, de forma até exagerada ou distorcida, o que reflete na criação de novos cursos e no aumento da demanda nos vestibulares.

Muito além do que o fenômeno da ascensão da classe média à universidade, verificada a partir dos anos 60, nos cursos de Odontologia nota-se a presença de alunos provenientes de lares com boas condições sócio-econômico-culturais. Isto é constatado pelo Projeto Tempo Zero da USP e, no caso das instituições privadas, as mensalidades – geralmente as mais elevadas entre os cursos –, naturalmente são seletivas.

Todavia, mais recentemente, a expansão dos cursos de Odontologia no Estado, salvo algumas exceções, apenas reforça a formação de profissionais voltados à prática privada, agudizando problemas de mercado de trabalho.

Assim, a citada expansão necessariamente não tem ampliado as possibilidades de atendimento odontológico e da saúde bucal da população como um todo.

Conforme alguns levantamentos têm demonstrado, o mercado de trabalho já deixou de ser caracterizado pela predominância da atuação privada e também pela preponderância do profissional do sexo masculino. Este fator, de acordo com Costa & colabs (1992a,b) já produz reflexos no exercício profissional. De início, com as opções oferecidas por órgãos governamentais e depois pelos serviços odontológicos mantidos por instituições privadas e por sindicatos, alteraram substancialmente a situação do mercado de trabalho do dentista que, na verdade, ampliou as possibilidades de atendimento para maiores parcelas da população. Mesmo assim, de acordo com a relação ideal da OMS, vários centros urbanos paulistas já apresentam indícios de pletora profissional. Fato mais recente e preocupante seria a subordinação dos profissionais a empresas privadas.

No entanto, o quadro atual do mercado de trabalho não tem sensibilizado os órgãos governamentais encarregados do acompanhamento da criação e do funcionamento dos cursos de Odontologia e também não suscita adequações que se fazem necessárias no ensino da Odontologia. Salvo honrosas exceções, por exemplo, a Disciplina de Economia Dental tem seu conteúdo centrado quase que exclusivamente na atuação no consultório. Em vista à Universidade Peruana Cayetano Heredia, de Lima, verificamos que seu currículo contempla a preparação para

a administração e para o exercício profissional em órgãos públicos (Perri de Carvalho, 1985).

A evolução da Odontologia foi notável na 2ª metade do século XX, a ponto de disputar interfaces com a Medicina e de obter grande prestígio profissional e social. Benefícios para saúde pública como o da fluoretação das águas não são ainda acompanhados por outras medidas preventivas e educativas intrínsecas da ação do profissional, em larga escala e que, efetivamente diminuam o índice de cárie dental. O aumento de vagas e a expansão dos cursos de Odontologia não têm contribuído para o atendimento das necessidades de saúde bucal da população, à vista dos profissionais disputarem espaços em centros urbanos maiores, de idealmente se direcionarem para o atendimento da classe média em diante e também pelo fato de não assumirem uma luta organizada junto aos órgãos públicos e empresas privadas para se incrementar uma política de saúde bucal, o que, evidentemente geraria novas colocações no mercado de trabalho. Aliás, o CROSP dispõe de projeto de lei que obriga a assistência odontológica em firmas com mais de 500 funcionários (Carvalho, 1994). Apesar das polêmicas e do ambiente predominantemente conservador e individualista da classe odontológica, tem havido progresso na inserção de preocupações humanistas, preventivas e educativas no ensino e na prática da Odontologia.

10 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aldrovndi, C. – O ensino e a pesquisa nas escolas de odontologia, Ver. FOA, 1(1): 93-105, 1965.

2. Almeida Júnior, E. & colabs., A escolha da profissão odontológica. Motivação consciente. Odont. Moderno, 11 (11): 216, 1984.

3. Alves De Souza, J. – A universidade e o ensino da Odontologia no Brasil. Ver. Brás. Odont., 39 (5): 41-44, 1982.

4. APCD comemora Ano Mundial da Saúde Bucal. APCD Jornal, 28: 8, mar/1994.

5. Atividades da IV Reunião, Bol. ABENO, 4 (2): 5-10, out. 1962.

6. Avaliação da pós-graduação. Síntese dos resultados. Brasília. CAPES-MEC, 1993. 94p.

7. Bastos, J.R.M.; Lopes, E.S.; Freitas, S.F.T. – Panorama mundial após 50 anos de uso do flúor. Rev. gaúcha Odont., 41(5):09-311, 1993.

8. Bianchi, A.M.F. & Pastore, J. – A regionalização do ensino superior em São Paulo. São Paulo, Institutos de Pesquisas Econômicas. USP, 1972. 199p.

9. Borges, R.S. & Campos, S.M. – Tempos no exercício profissional da Odontologia. Um estudo com Cirurgiões Dentistas de Ribeirão Preto – Parte IV – Tempos de consultório; tempos remunerados e oferta de empregos a Cirurgiões-dentistas. Odont. Moderno, 11(7): 24-38, 1984.

10. Botti, M.R.V. & Santos, G.M.C. – Perspectiva do exercício profissional na Odontologia, Parte I – Análise sobre as expectativas e dificuldades dos formandos. Ver. Gaúcha Odont., 34(2): 155-159, 1986.

11. Bretz, B.F. – Os cirurgiões dentistas da Casa Imperial. Rev. Farm. Odont., 26 (224-6): 13-16, out. – dez,. 1959.

12. Campos, A. – O profissional da área odontológica. Brasília. Senado Federal, 1986, 129pp.

13. Carvalho, R.C.R. – Entidades não querem mais Faculdades (entrevista). APCD Jornal, 29: 11, abril, 994.

14. Chaves, M.M. La investigación em lãs escuelas de odontologia. Educ. med. Salud, 1(3): 190-205, 1967.

15. Corandini, O.L. – A Formação da Elite Médica, a Institucionalização e a “Crise” da Medicina no Brasil. Relatório de Pesquisa para o CNPq. Porto Alegre, 1994. (mimeo).

16. Costa, B.; Stegun, R.C. & Todescan, R. – Realização profissional: uma avaliação entre os Dentistas na Grande São Paulo. Rev. Ass. paul. Cirurg. Dent., 46(4): 821-824, 1994 (a).

17. Costa, B; Stegun, R.C. & Todescan, R. – Do ensino à prática odontológica: um levantamento da

realidade na Grande São Paulo. Rev.. Ass. paul. Cirurg. Dent.., 46(6): 909-913, 1992 (b).

18. CRO Agora, São Paulo, março/1994, p. 8-12.
19. Debret, J.B. – Viagem Pitoresca e Histórica ao Brasil (Trad. Milliet, S.). Tomo II. São Paulo, Ed. USP/Ed.Itatiaia, prancha 12, 1989.
20. Durham, E.R. – Uma política para o ensino superior. Doc 2/93, São Paulo, NUPES-USP, 1993.
21. Goldemberg, J. – O repensar da educação no Brasil. São Paulo, Instituto de Estudos Avançados – USP, 993.
22. Gonçalves, E.L. – O ensino universitário e as Escolas Médicas. Doc. 4/91, São Paulo, NUPES-USP,1991.
23. Grupo de Trabalho da ABENO. Bol. BENO, 3(1): 5-6, nov. 1961.
24. Guimarães, P., Jr. – A motivação no ensino. Bol. ABENO, 2(1): 1-6, jul. 960.
25. Guimarães, P., Jr – Estudo par reestruturação do currículo das Faculdades de Odontologia do Brasil. Bol. ABENO, 4(2): 19-32, out. 1962.
26. Guimarães., Jr. – O valor de uma idéia. Bol. ABENO, 5(1): 1-2, jul. 1964.
27. Lima, C. – Cinqüenta anos de Odontologia (907-1957). Porto Alegre. Ed. La Salle, 958, 298pp.
28. Madeira, M.C. & Perri de Carvalho, A.C. – Necessidades e tendências da Odontologia nas Rev. Gaúcha., 36(4): 01-306, 1988.
29. Madeira, M.C. & Perri De Carvalho, A.C. – Necessidades e tendências da Odontologia nas Faculdades e no exercício profissional. A propósito de uma enquête. Rev.Ass.Paul.Cirurg.Dent., 64: 284-93, 1980.
30. Mariti, T – A função do ensino e prática pedagógica numa universidade pública. Presidente Prudente. Faculdade de Ciências e Tecnologia. UNESP, 1990. (Tese de Livre Docência).
31. Masetto, M.T. – Aulas vivas. Tese (e prática) de Livre Docência. São Paulo. MG Editores Associados Ltda. 104p.
32. Medeiros, E.P.G. Perspectivas de utilização de pessoal auxiliar nos serviços assistenciais. Rev.Ass.paul.Cirurg.dent., (35(4): 338-342, 1981.
33. Medeiros, UV. – Percepção da necessidade de saúde bucal pela comunidade. Rev.Ass.paul.Cirurg..Dent., 43(3): 120-124, 1989.
34. Menezes, J.D.V. – Um século de ensino odontológico. Fortaleza, Imprensa Universitária da Universidade Federal do Ceara, 1985.
35. Moraes, A.B.A & Gil, I.A. – Diretrizes para a compreensão do estresse do Cirurgião Dentista.

Rev.Ass.paul. Cirurg.Dent., 46(6): 931-935, 1992.

36, Moraes, A.B.A.. & Pessoti, I. – O ensino de Psicologia em Odontologia. Rev. Ass.paul. Cirurg. Dent., 37(4): 338-345, 1983.

37. Moraes, N. – O pesquisador, o orientador e o estaticista: um modelo de interação entre os membros de uma equipe de pesquisa. Rev. Ass.paul.Cirurg.Dent., 35(1): 48-56, 1981.

38. Moreira, B.H.W.; Tumang, A.J.; Oliveria, S.P. – Participação de estudantes de Odontologia em programas de integração docente-assitencial. Rev.bras.Odont., 42 (4): 30-36, 1985.

39. Naressi, S.C.M. & Naressi, W.G. – Estudo comparativo de produtividade entre alunos, trabalhando sós e auxiliados, em laboratório clínico, Rev.bras.Odont.., 49(2): 44-47, 1992.

40. Novelli, M.D. – Análise e perspectivas da aplicação de computadores na Odontologia. Rev. Ass. paul. Cirurg. Dent., 45(6): 623-625, 1991.

41. Oliveira, A.M.B.T.L. – A formação da Odontologia no Brasil. Rev. Bras.Odont., 39(1): 24-36, 1982.

42. Oliveira, M.R. – A Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e o Prof. Benedito Montenegro, Rev.Ass.paul.Cirurg.Dent., 35 (4): 276-280, 981.

43. Paredes, A.S. – A Evasão do terceiro grau em Curitiba. São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas – USP, 1993, (Dissertação de Mestrado).

44. Paul, J.J. – Algumas reflexões sobre as relações entre o ensino superior e o mercado de trabalho no Brasil. Doc. 8-89, São Paulo, NUPES-USP, 1989).

45. Pereira, A..C. & Moreira, B.H.W. – A utilização do auxiliar odontológico para o aumento da produtividade nos serviços públicos. Rev.Ass.paul.Cirurg.Dent., 46(5): 851-854, 1992.

46. Perri de Carvalho, A.C. – Aspectos do ensino de cirurgia bucal. Rev. gaúcha Odont., 26: 172-3, 1978.

47. Perri de Carvalho, A.C. – Prática odontológica inovada em países latino-americanos. Rev.Reg.Araçatuba APCD, 6: 8-11, 1985.

48. Perri de Carvalho, A.C. – Relatório Geral de Atividade e Ações sobre Auto-Avaliação (1989-1992). São Paulo, Pró-Reitoria de Graduação – UNESP, 1992.

49. Perri de Carvalho, A.C. & Madeira, M.C,. – Enquête sobre cursos de educação continuada. Ars Cvrandi Odont., 7: 364-6,, 1980.

50. Perri de Carvalho, A.C. & Akamoto, T. – Cirurgia bucal. Fundamentos experimentais aplicados à clínica. São Paulo. Ed. Médica Panamericana, 1987.

51. Pinto, E.B. – Estado atual do ensino odontológico no Brasil – O Prolatino, Bol.Ass.Bras.Ens.Odont., 9(1): 25-31, 1978.
52. Pinto, V.G.- Saúde bucal. Odontologia Social e Preventiva. São Paulo, Ed. Santos, 1989, 415pp.
53. Pinto, V.G. – Saúde bucal. Panorama intencional. Brasília Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Ministério da Saúde, 1990, 57pp.
54. Relatório de Grupo relativo ao Subtema no. 7 da VII Conferência nacional de Saúde, in Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde, Rev.bras.Odont., 37(4): 22-25, 1980.
55. Relatório do Seminário sobre Ensino Odontológico, Campinas, MEC/DAU/CAPES/PADES, 3 a 6/12/1978. (mimeo).
56. Ribeiro, F.J. – A Odontologia no setor saúde – Contribuições. Rev.bras.Odont., 40(1): 7-14, 1983.
57. Ricci, A.; Bastos, J.R.M. & Bijella, V.T. – Projetos comunitários no ensino da Odontologia. Rev. Gaúcha Odont., (32(1): 82-90, 1984.
58. Rizzatti-Barbosa, C.M.; Marquies, A.L; Albergaria-Barbosa, J.R. – A Odontologia dentro do contexto “saúde no Brasil”. Rev. Gaúcha Odont., 38 (2): 147-150, 1990.
59. Rosa, A.G.F.; Castellanos, R.A. & Gomes-Pinto, V. – Saúde bucal na terceira idade. Um diagnóstico epidemológico. Rev. Gaúcha Odont., Odont., 41 (2): 97-102, 1993.
60. Rossetini, S.M.O. & Naressi, W.G. – Exercício profissional do Cirurgião Dentista. Rev. Gaúcha Odont., 34(4): 303-305, 1986.
61. Salles Cunha , E. – História da odontologia no Brasil (1500-1900). Rio de Janeiro. Gráfica Fernandes e Roche, 1931, 1329p.
62. Santos, J.L.F. – O desligamento de alunos da USP: dimensão e composição. São Paulo, NAEG-USP, 1992. (mimeo).
63. Schwartzman, S. – Formação da comunidade científica no Brasil. Rio de Janeiro, Cia. Editora Nacional, 1979, 481p.

64. I Seminário de Reforma do Ensino Odontológico. Rev.Farm.Odont., 23 (197): 249-250, 1957.

65. Tabacof, G. – Pesquisa dos recursos humanos no setor saúde na área da Odontologia. Estado da Bahia. Salvador, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, 1975.

66. Vacariuc, S. – Opções de trabalho e distribuição dos cirurgiões dentistas no território nacional. Rev.paul.Odont., 7(2): 37-46, mar. – abr., 1985.

67. Viagem aos tempos heróicos. Odont-Rev.IMS, 1(6): 10-13, mar.-abr., 1992.

68. Vianna, S.M. – Diretrizes para a efetiva utilização de pessoal auxiliar em Odontologia, in CHEVITARESE, O.et. alii – Aspectos da Odontologia Moderna. Rio de Janeiro. Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia, Ministério da Saúde. 1969, pp. 49-67.

69. Vieira, D.F. – Superação profissional, social e econômica. Desafio a ser vencido pelo dentista. Ver.Ass.paul.Cirurg.Dent., 29(2): 39-47, 1975.

70. Vieira, D.F. – Alguns aspectos do ensino odontológico no mundo atual, Bol.Ass.Bras.Ens.Odont., 9(1): 45-73, 1978.

71. Vieira, D.F. – Desafios de evolução social às profissões da saúde. Ars Cvrandi Odont., 6 (4): 4-14, 1979.